

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**El Consentimiento informado en las emergencias neuroquirúrgicas : la
indicación de no reanimar y limitar el esfuerzo terapéutico**

TESIS

Para obtener el Grado Académico de Magister en Bioética

AUTOR

Manuel José Eustaquio Puma Romero

ASESOR

Walter Griebenow Estrada

Lima – Perú

2013

ESTA TESIS ESTÁ DEDICADA:

**con amor y felicidad a:
mi esposa Martha y mi hijo Manuel**

con amor:
en recuerdo de mis padres,
a mis hermanas
y a mis sobrinos, como estímulo
de continuar el esfuerzo familiar.

JURADO EXAMINADOR

Presidente Dr. Marco Antonio Sánchez Ramírez

Miembros Dr. Javier Rubén Tovar Brandan

Dr. Pedro Ruiz Chunga

Dr. Guillermo Casas Vásquez

Asesor Dr. Walter Griebenow Estrada

ÍNDICE GENERAL	Pág.
Parte Preliminar	
Resumen	
CAPITULO 1	1
INTRODUCCIÓN	1
1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	9
1.2 Formulación del Problema	17
1.3 Justificación de la investigación	17
1.4 Justificación Teórica	20
1.5 Justificación Práctica	25
1.6 Objetivos de la Investigación	31
1.6.1 Objetivo General	31
1.6.2 Objetivos Específicos	31
CAPITULO 2	33
MARCO TEÓRICO	33
2.1 Teoría sobre la voluntad anticipada	34
2.2 Marco Filosófico o epistemológico de la investigación	41
Primer problema: sobre la bioética	42
Segundo problema: sobre la conciencia	49
Tercer problema, sobre la persona	52
Cuarto problema, Muerte	56
2.3 Antecedentes de Investigación	62
2.4 Bases Teóricas	67
2.4.1 La Ética como Principio	67
2.4.2 Antecedentes de la Bioética	64
2.4.3 Después de 1972	70
2.4.4 Orígenes del Principio de Autonomía	73
2.4.5 El Manejo Quirúrgico a través del Tiempo	79
2.4.6 La Conciencia y los centros vitales	82
2.4.7 Criterios de Muerte	87
2.4.8 El Consentimiento Informado y las Relaciones del Médico con el Enfermo, la Familia y la Sociedad.	90
2.4.9 El Consentimiento Informado en Emergencia y en Situaciones de emergencia.	101
CAPITULO 3	114
METODOLOGÍA	
3.1 Tipos de estudio:	114
3.2 El universo: la unidad de muestreo y el tamaño:	117
3.3 Métodos e instrumentos de recolección de datos:	120
3.4 Exposición en Power Point por data show y motivación	124
3.5 Procesamiento y análisis de los datos	124

ÍNDICE GENERAL	Pág.
CAPITULO 4	126
RESULTADOS ESTADÍSTICOS	126
Tabla N° 01 Medias de la edad según sexo	127
Tabla N° 02 Estado civil según sexo	128
Tabla N° 03 Lugar de nacimiento	129
Tabla N° 04 Religión	130
Tabla N° 05 Ocupación	131
RESULTADOS DE LA ENCUESTA EN GENERAL	133
Primera parte: Decisión por voluntad adelantada en el rol de enfermo y de quien subroga	133
Resumen del procesamiento de los casos N° 01	134
Segunda parte: Sobre el consentimiento informado por escrito como voluntad adelantada: NR y LET	136
Resumen del procesamiento de los casos N° 02	137
Tercera Parte: Sobre la encuesta y el formato	139
Resumen del procesamiento de los casos N° 03	139
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	141
Correlato	141
Correlato de la Primera Parte	143
Correlato de la Segunda Parte	150
Correlato de la Tercera Parte.	164
Correlato de los objetivos de la investigación	177
CAPITULO 5	204
IMPACTOS	204
Propuestas Generales	206
Propuesta Específica	213
CONCLUSIONES	215
En relación al objetivo general	215
En relación a los objetivos específicos	216
RECOMENDACIONES	218
Sobre los objetivos generales	218
Sobre los objetivos específicos	228
BIBLIOGRAFÍA	233
ANEXO: Glosario	241

RESUMEN

Ningún ser humano está exento enfermar en algún momento de su vida o de estar expuesto a accidentes, llevándolos a situaciones indeseables, con respuestas diferentes de acuerdo a su naturaleza, agravado por el hecho frecuente de no estar preparados para afrontar tales contingencias. Frente a estos problemas del final de la vida realizamos un estudio denominado "El Consentimiento Informado en las Emergencias Neuroquirúrgicas: La Indicación de No Reanimar y de Limitar el Esfuerzo terapéutico". El estudio fue descriptivo prospectivo y transversal, mediante una encuesta anónima sobre la toma de decisión en una situación de opinión anticipada en el rol de enfermo y en el rol de quien lo subroga, en 251 personas mayores de edad de ambos sexos, de diferente estado civil, religión y ocupación, que asistieron a algunos hospitales de nuestra capital. Mediante un audio-video, se orientó a los entrevistados sobre el manejo en emergencias neuroquirúrgicas de enfermos en mal estado general, en coma, con alteración del patrón respiratorio, inestabilidad de las funciones vitales, de mal pronóstico por lesiones neurológicamente irreversibles confirmadas por imágenes que habiendo recibido tratamiento médico y quirúrgico, no existía posibilidades de recuperarlos. Las personas encuestadas respondieron la primera sección, relacionada a la situación presentada, la segunda, fue la parte relacionada a la propuesta del consentimiento informado y la tercera, sobre sus opiniones de la encuesta.

SUMMARY

No human being is exempt sick at some point in their life or being exposed to accidents, leading to undesirable situations, with different responses according to their nature, often compounded by the fact of not being prepared for such contingencies. Faced with these problems at the end of life conducted a study called "Informed Consent in Neurosurgical Emergencies: The indication Do Not Resuscitate, and limit therapeutic efforts." The prospective descriptive study was cross, through an anonymous survey on decision making in a situation of opinion early in the sick role and the role of the user subrogated in 251 elderly men and women, of different state civil religion and occupation, attending some hospitals in our capital. Using an audio-video, was directed to respondents on emergency neurosurgical management of patients in poor general condition, in a coma, with altered breathing pattern, instability of vital functions, poor prognosis neurologically irreversible injury confirmed by images having received medical and surgical treatment, there was no chance of recovery. Respondents answered the first section, related to the situation presented, the second was the proposal related to informed consent and the third, on their views of the survey.

“Antes, muchos se preocuparon por el futuro, como una esperanza de vida.

Hoy, sin embargo, muchos prefieren y recomiendan vivir intensamente como si fuera el último día de su vida, pero no vemos esperanza.

Pienso que si reflexionamos en el 'ahora' nos dará idea de pasado, pues el ahora ya no es el ahora y cada experiencia vivida, servirá para ir diseñando el futuro, con menos errores y más esperanza”

Dr. Manuel Puma Romero

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

A inicios de los años 80 escribí algunos artículos sobre la evolución de la vida y el proceso de la muerte relacionado a enfermos portadores de lesiones y/o enfermedades con daño neurológico irreversible, que como parte de nuestra experiencia diaria tratamos en los servicios de emergencia de los hospitales y clínicas particulares donde hemos laborado. En base a nuestra experiencia y con información médica actualizada, uno de los temas que escribí fue: “Los aspectos científicos, médicos, legales, religiosos y filosóficos que rodean a los enfermos politraumatizados con traumatismo craneo encefálico grave”; este trabajo fue presentado como conferencia, por primera vez en el Hospital Central FAP y luego en el Hospital FAP Las Palmas, algunas dependencias FAP y universidades en el interior del país, y en algunos congresos de nuestra especialidad como tema libre. Si bien es cierto que fue tomado con interés estos temas, observe también que se hicieron mesas redondas posteriormente donde los invitados eran connotados letrados que resaltaban el campo de la jurisprudencia apoyados por algunos médicos a realizar una actividad en forma defensiva para evitar problemas posteriores en dicho campo. Sin embargo continuamos prudentemente en forma silenciosa enseñando a los alumnos en las mesas de disección y después en enfermos, cómo debería ser la actuación de un futuro médico.

La práctica de la actitud ética y deontológica concomitantemente al conocimiento médico actualizado y de vanguardia, como “método de solución de problemas” enseñado a los alumnos a utilizar la prudencia, no comienza hoy, comenzó hace cuarenta años en nuestro caso, como profesional en la práctica médica y quirúrgica siendo parte normal del conocimiento y del arte médico y que fue y es el fiel reflejo de lo que aprendimos en casa y de nuestros antiguos maestros médicos que con actitud filosófica, fueron la guía ética y de las buenas costumbres, antes de la aparición de la concepción *bioética* en nuestro país que tiene las mismas bases filosóficas.

El problema del final de la vida y el proceso de la muerte ha sido parte de nuestra experiencia como neurocirujano, pues tratamos enfermos neurológicos clínicos y neuroquirúrgicos en los servicios de emergencia en forma continua, así como muchos médicos de diferentes especialidades que atienden enfermos con grave deterioro en algún órgano, que finalmente va implicar en el deterioro de la conciencia, por lo cual nuestra especialidad generalmente es consultada, con la finalidad de tratar de mantener al enfermo en estado de vigilia, considerando el bienestar de los familiares, pero lamentablemente muchos de los enfermos presentan dolor y son los mismos familiares que desean que sus enfermos no sufran, por lo cual es necesario sedarlos, alterando de esta forma también su conciencia.

Los enfermos neurológicos críticos, tratados en las salas de emergencia generalmente son portadores de lesiones traumáticas debido a accidentes o

por violencia, o de sufrir una enfermedad neurológica aguda, muchos de estos enfermos son neurológicos de probabilidad quirúrgica, que en algún momento de su evolución, por lo que siempre ha sido nuestra obligación como médico y neurocirujano, mantener informado a los familiares sobre el estado crítico de los enfermos, sobre el tratamiento instaurado, su evolución y pronóstico clínico.

Cuando estos enfermos se encuentran con daño neurológico irreversible confirmada por neuroimágenes es importante dar a conocer nuestra “opinión médica”, pero esta concepción ética y científica debe estar basada en nuestra práctica y en la experiencia de la medicina y no en un a priori, pues intrínsecamente estamos llevando un consejo fundamentado más que una idea personal a un enfermo en vigilia y/o a los familiares que tienen el libre albedrío en su decisión sobre un enfermo que no es sujeto de recibir tratamiento quirúrgico porque no contribuiría en su mejoría ya que no se puede revertir la inestabilidad de sus funciones vitales y la alteración del patrón respiratorio y que podría presentar paro cardiorrespiratorio en cualquier momento o de la persistencia en algún tratamiento podría condicionar un estado vegetativo o muerte cerebral, de allí la importancia de la explicación de los médicos, que deben tener en cuenta el entendimiento, y la comprensión de los familiares responsables y/o de personas que sustituyen al enfermo y que deberán tomar una decisión, como podría ser que el enfermo no sea reanimado en caso de una parada cardíaca o respiratoria, así como de limitarse el esfuerzo terapéutico, con responsabilidad, que evite problemas anímicos y/o de jurisprudencia

posteriormente.

Hemos observado, cuando un enfermo se encuentra con daño neurológico irreversible y al no tener una opción neuroquirúrgica, concomitantemente trae un deterioro en las relaciones entre los familiares y los médicos, así como con el personal de salud, especialmente cuando las respuestas orgánicas del enfermo no eran las deseadas o porque no se cumplían con las expectativas de los familiares o amigos, que ellos mismos habían forjado en su mente, pero que la reunión o junta médica basada en el consenso científico y tecnológico, nunca les dio, de allí la importancia de un consentimiento informado por escrito con copia. Percibimos además que familiares y amigos considerados no responsables de los enfermos legalmente, intentaban liderar las entrevistas con los médicos, traduciendo sus concepciones propias en opiniones muchas veces equivocadas, creando desconcierto en los familiares responsables y un estado de inestabilidad emocional, que conducía a situaciones nada propicias para el médico y el equipo responsable.

En el manejo médico de los enfermos con daño neurológico irreversible se debe tener en cuenta los factores que rodean el estado del enfermo, que puede estar relacionado a la lesión o a la enfermedad, a su respuesta biológica frente a la noxa y al tratamiento instaurado y si el enfermo puede ser movilizado o no, las condiciones de la movilización y a los lugares de las transferencias, debiendo ser centros de referencia para evitar pérdida de tiempo por parte de los médicos tratantes y personal de salud. Con respecto

a los centros a donde serán enviados los enfermos, la distancia, las vías de transporte y de intercomunicación, la tecnología médica con que cuentan las ambulancias y los centros médicos, así como la especialización de los médicos y del personal de salud de los centros de referencia para tratar los problemas en mención.

El conocimiento del tiempo, debe tomarse en cuenta desde ya por nuestra población, aprendiendo a diferenciar lo que podría ser en un futuro o de sus familiares la atención o no de una emergencia, de allí la importancia del conocimiento previo para la toma de las decisiones y del conocimiento de la existencia de la voluntad adelantada.

Cuando interpretamos el lado del enfermo y de los familiares, es importante escucharlos es decir tomar una actitud socrática, como: “Habla para saber quién eres”, por lo tanto es sumamente importante el dialogo, permitiéndonos conocer cómo es su formación, su pensamiento y el dominio de ello, sus creencias, sus costumbres, qué es lo que desean, etc. Situaciones que no debemos dejar de lado y que no nos va quitar tiempo, pues es nuestra obligación el dialogo, para apreciar su sentir y su padecer, así como sus percepciones, que deben ser aclaradas en todo momento por nosotros y no por terceras personas, ya que también, la familia enferma en estas situaciones y es nuestra obligación mantener la tranquilidad emocional de ellos y la de nosotros, para poder continuar con nuestra labor en forma efectiva, que debemos autoevaluar en forma continua, pues debe mantenerse la calidad y el prestigio equipo médico y de salud sobre nuestra

actuación.

Los médicos en nuestra formación, hemos desarrollado un pensamiento clínico, pero como especialistas neurocirujanos hemos desarrollando el pensamiento quirúrgico que ha madurado en la práctica misma, llevándonos al equilibrio en el repensar, otorgándonos el privilegio de decidir en nuestra actuación de operar, de no operar y de decidir intra-operatoriamente, el poder variar el manejo y tratamiento de los enfermos en circunstancias de respuestas indeseadas, siempre con la intención de beneficio para el enfermo y de su familia.

Sin embargo en nuestra experiencia también hemos observado que tales situaciones puedan producir una falsa imagen de fracaso frente a la sociedad y de los propios médicos, que no siendo de la especialidad y más aun no habiendo consumado un pensamiento y manejo quirúrgico puedan criticarnos como la historia lo ha revelado, especialmente cuando no practican la medicina o son miembros de la salud que no realizan práctica profesional o son letrados que opinan con un pensamiento *a priori* o de recurrir a conceptos teóricos, sin tomar en cuenta la prudencia conocida de los antiguos filósofos cómo el argumento aristotélico:

“El que posee las nociones más exactas sobre las causas de las cosas y es capaz de dar perfecta cuenta de ellas en su enseñanza, es más sabio que todos los demás en cualquier otra ciencia”. (Metafísica I, 1-2)

Es decir recurrir a especialistas homólogos teniendo en cuenta también la conjugación de varios factores como por ejemplo: su formación moral, social y académica, el pensamiento dominante, la actitud y la aptitud quirúrgica, es decir su experiencia, en un continuo meta análisis sobre el pensamiento kantiano que:

“se denomina teoría a un conjunto de reglas también prácticas, cuando son pensadas como principios generales y no se toma en cuenta una cantidad de condiciones que, sin embargo, tienen la influencia necesaria en su aplicación. A la inversa se denomina práctica no a cualquier acto, sino sólo al que realiza una finalidad y está pensado en relación con principios de conducta representados universalmente”. (Kant 1793)

En otras palabras, “En teoría debería ser así, pero en la práctica es otra cosa”.

Hemos considerado un repensar sobre el problema al final de la vida de aquellos enfermos neurológicos con daño irreversible confirmado, sujetos a la limitación de esfuerzo terapéutico y de no reanimación, situando a los espectadores en dos situaciones de **voluntad adelantada o anticipada**, protagonizando al enfermo o al familiar que lo subroga.

Nuestra investigación de situación de voluntad anticipada, ha sido realizada en 251 personas y esperamos haber contribuido en su preparación y

entrenamiento, haciendo una reflexión de que hoy día estamos sanos, mañana probablemente no y tendremos que asistir a una cita a la que nadie puede faltar.

Ponemos a vuestra disposición la presente tesis que hemos denominado: “El Consentimiento Informado en las Emergencias Neuroquirúrgicas: la Indicación de No reanimar y Limitar el Esfuerzo Terapéutico”.

EL AUTOR

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El enfermo en estado crítico con daño neurológico irreversible y sujeto a la no reanimación y de limitación de esfuerzo terapéutico, es una de las muchas formas que los seres humanos, tendremos que enfrentar al final de la vida. El problema de la muerte, nuestro destino final, por ahora así conocido, ha sido una de las grandes preocupaciones del ser humano, pues siempre estuvo investigando sobre sus orígenes y destino, con resultados de acuerdo a la evolución de su pensamiento en el tiempo y espacio de la historia humana.

Desde los inicios de la historia, el ser humano busco el principio, la causa y creyó en los cuatro elementos físicos, pero la mente, debía ser explicado a través del *logos* y del *nous*, que permitió elaborar la teoría de los humores y de la combinación de los principios llevo al conocimiento de la alteración de las cuatro raíces, que intentaban explicar lo que ahora es la clínica, mientras que paralelamente el pensamiento anatómico sustentaba el pensamiento quirúrgico, pero era necesario explicar la causalidad, por lo tanto se necesitó de un pensamiento etiopatológico que fue apareciendo hasta consolidarse, sin embargo el germen de este pensamiento ya se encontraba en la mente innovadora de los hipocráticos, que cambiaron el pensamiento mágico-religioso de los asclepiadea que elevaban a sus dioses el mate, que contenían las hierbas con el fin de purificarlas, desconociendo que eran los elementos químicos contenidos, los que ayudaban en la salud y la curación del enfermo ya que la mente se encontraba en el cerebro y no en el *Centrum*

Sensorium, que se encuentra revelada en “Sobre la Enfermedad Sagrada”

Hemos observado que el ser humano piensa sobre la muerte, cuando está cercano a ella, ya sea por interés propio o porque tiene un familiar en dicha situación o porque tiene problemas anímicos que alteran su estado psicofísico o viceversa, pero generalmente no es un tema en que se encuentren normalmente implicados, de allí que no están preparados para afrontarla, sea esta llamada muerte natural o inesperada y cuando las personas se encuentran en esta situación muchas veces no saben cómo actuar, respondiendo individualmente en forma emotiva mezclándose sus costumbres y creencias.

La preocupación sobre la muerte condujo a muchos investigadores del campo de la teología, la filosofía y la jurisprudencia, a buscar y demostrar su verdad, a través de variados argumentos, llevando a otros investigadores mediante el *a priori*, argumentar sus ideas muchas veces en forma individual pero en cualquier caso sin sustento científico y trataron de dar respuestas al antiguo problema sobre la relación mente-cuerpo y que en la búsqueda de esa verdad nos ha llevado a un repensar de que “una verdad no puede ser verdad, sino se ha puesto de acuerdo tu verdad y la mía y aún así pudiera no ser la verdad”, por lo tanto sobre el proceso de la muerte, el morir y la muerte misma, existen muchos argumentos, algunos muy convincentes que concuerdan con las costumbres, creencias y formas de pensar de algún sectores de la sociedad, pero de por medio está el individuo y el pensamiento que lo domina, que en conjunto forman parte de una cultura, de

una sociedad o como parte de la historia de la humanidad que fue pasando a través del tiempo, de generación en generación y que muchas veces es difícil de modificar y que se necesita el uso de la razón, que debe ser explicada en forma delicada y respetuosa para que no altere sus costumbres y creencias pero que los lleve a reflexionar que ahora están frente a la experiencia de ser responsables de un familiar en estadio final próximo a la muerte y que la ciencia y la tecnología no puede variar dicho destino.

En base a la experiencia y la razón, podemos hacer un nuevo repensar en aquellas personas que han tenido la experiencia de la pérdida de un ser querido, siendo difícil dicha situación, pero se complica cuando la situación de un enfermo con daño neurológico irreversible es nuevo en una familia y especialmente cuando no están preparados para entender y afrontar dicha situación, pudiendo reaccionar en forma individual, ocasionando problemas inesperados en la relación con el médico y con las demás personas que conforman el equipo de salud, que velan por el bienestar del enfermo a su cargo, por lo que es importante que el médico vaya informando y solucionando las interrogantes de las personas que tienen el compromiso moral y jurídico de sustituir al enfermo en estado terminal. Este teorema planteado sobre esta forma final de vida, en la relación de la mente con el cuerpo, se fue despejando gracias al pensamiento científico apoyado en el repensar epistemológico, que fue interpretando y reinterpretando lo etéreo y lo físico y que corresponde al conocimiento actualizado de la medicina, pero que debe ir unido a la gnosis *éthico-moris*, en el manejo integral de lo ético y las costumbres tanto de la medicina, como en la relación con todas las

personas y que en este caso se hayan como sujetos responsables o enfermos.

Actualmente la medicina incluida la cirugía, puede ser explicada a través de la biología molecular en forma teórica, pero con bases prácticas, sin embargo, dichas teorías necesitan de la experiencia continua de atender pacientes, que en nuestro caso son enfermos neurológicos de probabilidad neuroquirúrgica, lo que nos permite una explicación fluida con sustentos científicos y no solo quedar en la argumentación de la *ars bene dicendi*, por lo tanto, debe considerarse la ciencia y el arte como fórmula indivisible utilizada en la práctica diaria que nos hace ser médicos y actuar con prudencia, innovación y efectividad, evitando caer en el error médico que traerá problemas en los enfermos, en sus familiares y recíprocamente en nosotros mismos, no se puede pretender practicar ética en un *a priori*, es decir sin atender pacientes o intentar dar respuestas sin tener conocimiento de una especialidad que no sea la nuestra, por lo tanto debemos estar preparados para alguna contingencia de nuestra especialidad y sobre ella debemos responder: La práctica nos enseña también a mantener una actitud deontológica, por lo tanto debemos conocer la Ley General de Salud y saberla emplear en forma oportuna y adecuada, especialmente en los problemas quirúrgicos de emergencia y en los problemas que se dan en los enfermos terminales o en el proceso final de la vida. Así mismo en esta práctica deontológica, existe el deber de explicar y la obligación de ser entendido por los enfermos y familiares, especialmente cuando la situación no guarda un estado ideal o ecuánime, donde tiene que realizarse una toma

de decisiones, ya sea porque el enfermo en estado de vigilancia, tiene que decidir sobre la aceptación o no de una determinada terapia, que demanda muchos riesgos, pero que de no realizarse tiene como destino final la muerte y la otra situación es cuando el enfermo tiene alterada la conciencia, y los responsables, son los que tienen que decidir, debiéndose valorar, que aquellas personas, están afrontando un problema emocional al tener a sus seres queridos en tal situación, como nos podría suceder a cualquiera de nosotros. La decisión de los responsables, generalmente está basada en la explicación y respuestas dadas por médico, sin embargo la emoción y la incertidumbre son factores propios del ser humano, que no puede dejarse de lado, tocándonos a nosotros, dar el paso decisivo de informar y asesorar explicando las probabilidades y el pronóstico del enfermo terminal, por lo cual debemos buscar la forma más adecuada de traer primero la tranquilidad del enfermo que puede decidir o de las personas que son responsables de subrogar al enfermo y que puedan tomar la decisión conveniente e inclusive de evitar, ser mal interpretados y conducirnos a una inadecuada interrelación que produzca problemas éticos y legales, a pesar de haber cumplido con todo el acto médico¹.

El tema que desarrollamos sobre el proceso de la muerte, es de mucho interés para la medicina en general, especialmente para los que manejan enfermos críticos. En nuestra especialidad, teniendo el pensamiento quirúrgico nos llevó a la enseñanza de la anatomía en cadáveres humanos,

¹ Definición según OMS: La finalidad del acto médico es la promoción de la salud, la prevención y curación de la enfermedad y la rehabilitación del paciente.

que es el paso iniciático para este pensamiento, pues contribuye a reforzar el conocimiento, la enseñanza y la práctica de la neurocirugía y sumados con el pensamiento clínico de nuestra formación médica es aplicado en la práctica diaria, en los que se encuentra el manejo de pacientes en estado neurológico crítico y donde podemos apreciar los resultados de los tratamientos instaurados frente a la naturaleza del individuo, así como de otros factores y circunstancias, lo que nos ha llevado a investigar en esta línea de estudio y además porque es nuestra responsabilidad² de acuerdo al artículo 4 del D. S. N° 014-2005-S.A.

Ningún ser humano está exento de estar enfermo en algún momento de su vida o de estar expuestos a una serie de accidentes, llevándolos a situaciones indeseables, con respuestas diferentes, que son parte de la naturaleza humana; sin embargo no todos están preparados para afrontar una serie de contingencias y no todos saben cómo actuar en el rol que les ha tocado desempeñar, como protagonista o coprotagonistas en el teatro de la vida, por lo tanto, no solo debemos conocer que hay una parte final de la vida, sino debemos conocer también, los problemas que pudieran presentarse durante ella y cómo poder afrontarlas.

Los problemas que presentamos es la de ser un enfermo con daño neurológico irreversible confirmado por neuroimágenes, que se encuentra en

² Reglamento de la ley general de donación de órganos y/o tejidos humanos - "Decreto supremo N° 014-2005-S.A., artículo 4.- Se considera muerte encefálica al cese irreversible de las funciones del tronco encefálico cuyo protocolo de diagnóstico se establecen los artículos 7 y 8 del presente reglamento. El acta de comprobación de la muerte encefálica es responsabilidad del director del establecimiento o su representante, el neurólogo o neurocirujano y el médico tratante"

deterioro neurológico, con pérdida de conciencia, inestabilidad de las funciones vitales y alteración del patrón respiratorio pudiendo presentar paro cardiorrespiratorio y que habiendo recibido todo lo que la medicina puede ofrecerle, no presenta mejoría y de persistir en algún tratamiento podría quedar en estado vegetativo o muerte cerebral, siendo su pronóstico desfavorable, llevándonos a la siguiente reflexión:

1º Que es lo que desearía un individuo sano, en las circunstancias de actuar en el rol de enfermo.

2º Qué es lo que desearía un individuo mayor de edad, en uso de su razón, en circunstancias de actuar en el rol de ser el responsable que subroga a un familiar enfermo.

La solución de los problemas en medicina deben tener la rigurosidad de la ciencia y no ser dogmática, para lo cual, se han utilizado diferentes métodos tanto científicos como filosóficos, como la sencillez Occaniana o la complejidad kantiana, ambas útiles, pues el ser humano es un ente psicofísico, de allí la razón, que la solución de los problemas no pueden generalizarse, pues hay que verlos en el rol que les ha ocupado actuar como personas enfermas o responsables de ellos y en el rol que nos toca a nosotros también como médicos. Sin embargo en los estudios de investigación, el ser humano ha sido considerando como un ente biológico-matemático, susceptible de ser interpretado por tablas o ecuaciones matemáticas, que nos aportan datos sumamente importantes, pero que

generalmente, dejan ver lo general del ser y solo vislumbran al individuo que siente y padece en minoría, que también deben ser la razón de nuestra preocupación, por lo tanto el problema que hoy expresamos, conducirá a otros investigadores a un repensar sobre nuestra experiencia en el campo de la neurología clínica y quirúrgica, relacionados al manejo de pacientes en estado crítico y terminal que fueron atendidos de emergencia, que luego de establecer contacto con los familiares y de haberles respondido sus preguntas, se hace necesario el consentimiento informado por escrito, donde se dé la información en forma comprensible, evitando confusiones y controversias que pudieran aparecer a lo largo de la misma, por lo que hemos considerado formular la siguiente interrogante.

1.2 Formulación del Problema

¿Es necesario tener conocimiento previo de lo que es la voluntad adelantada para poder realizar la toma de decisiones, en un futuro probable sobre un enfermo con daño neurológico irreversible y poder decidir sobre la reanimación y limitación del esfuerzo terapéutico en un consentimiento informado por escrito?

1.3 Justificación de la investigación

La mayoría de los enfermos neurológicos de índole neuroquirúrgica, que atendemos en las emergencias, son generalmente pacientes con lesiones traumáticas en cabeza, con enfermedades cerebro vasculares hemorrágicas y con grave hipertensión intracraneal, produciendo gran impacto en sus familiares y en el paciente aún pensante; esos pacientes inicialmente, son atendidos por médicos de emergencia, pediatras e internistas que en la práctica diagnostican, estabilizan y con frecuencia salvan la vida del enfermo, pero que esperan concomitantemente, la acción oportuna del neurocirujano, que se enfoca en el manejo del enfermo inconsciente, con patrón cardiorrespiratorio generalmente inestable, producido por diferentes cascadas bioquímicas y conos de presión intracraneal, debido a la presencia de hipertensión endo-craneana, que tratamos de aliviar mediante la descompresión farmacológica y quirúrgica. Estos pacientes con trastornos agudos debido a las lesiones que afectan a una variedad de estructuras

nerviosas, consideradas de extrema complejidad y que pueden ser lesiones parciales o totales, resultan generalmente en catástrofes neurobiológicas repentinas y espectaculares que de ser permanentes, producirían graves alteraciones psicofísicas, alterando la calidad de vida del enfermo, conduciendo a una alteración de la conducta psicosocial de sus familiares que pueden traer problemas de índole ética y legal a los médicos que trataron al enfermo, por lo cual es necesario una comunicación sincera y prudente a través del dialogo y finalmente a través de informes escritos y entendibles, que sustente la buena interrelación entre el médico y la familia que tendrá un representante que es el familiar responsable.

Muchos enfermos con daño neurológico irreversible y no tributarios de un manejo neuroquirúrgico, trae consigo la decisión de NR y LET, pero ¿esta decisión en quien recae?, ¿conocemos, cuál hubiera sido la decisión del enfermo, ¿existen estudios de la voluntad adelantada en personas sanas?, ¿qué es lo que desearía los que subrogan? Por lo tanto, pasaremos a sustentar la justificación de la investigación:

- 1° La evolución tecnológica ha hecho posible mantener la vida de enfermos graves en situación de emergencia debido a lesiones post traumáticas de cabeza, enfermedades cerebro vasculares hemorrágicas y otros procesos neurológicos que se acompañan de grave hipertensión intracraneal de índole neuroquirúrgica, produciendo gran impacto en sus familiares y en un inicio al mismo paciente que iba hacia el deterioro neurológico.

- 2° Los médicos entrenados en la atención de emergencia, diagnostican y estabilizan al enfermo, esperando la acción oportuna del neurocirujano, que trata de aliviar la hipertensión endocraneana que muchas veces no responden a la farmacoterapia, de tal manera que abrimos ventanas osteoplásticas en la bóveda craneana con la finalidad de evacuar y liberar la tensión cerebral y luego continuará en los servicios de terapia intensiva manteniéndose con ventilación asistida y de ser necesario hiperventilación.
- 3° Muchos de los pacientes que no respondieron al manejo clínico y/o quirúrgico, resultan en catástrofes neurobiológicas con graves alteraciones psicofísicas, alterando la calidad de vida del enfermo y alterando la conducta psicosocial de sus familiares, pudiendo traer problemas éticos y jurídicos al equipo médico que trató al enfermo, debido a probable falta o inadecuada comunicación en la relación de los médicos con los familiares.
- 4° Sin embargo cuando un enfermo presenta daño neurológico irreversible y es sometido a los avances tecnológicos e insistencia en el manejo clínico y quirúrgico, puede traer falsas esperanzas a la familia al verlo “respirar” con sofisticados equipos de respiración asistida y soporte vital, sin tomar una decisión, esperando muchas veces la decisión de los médicos que muchas veces solucionan el problema con una junta médica donde no son participes las decisiones de los responsables y desconociendo la voluntad adelantada del enfermo.

Por lo tanto, en una situación de futuro probable, podemos ser un enfermo con daño neurológico irreversible a quien se le ha descartado tratamiento quirúrgico o ser el familiar o responsable que lo subroga:

¿Cuál es la Voluntad Adelantada de un grupo de personas frente a un problema de Reanimar o No Reanimar y Limitar el Esfuerzo terapéutico?

1.4 Justificación Teórica

Los avances científicos y tecnológicos, como la neuroimagenología, la neuroanestesiología, la microneurocirugía, la neuropatología, el neurointensivismo, etc., se aplican a los pacientes neurológicos que se encuentran en estado crítico y son de emergencia neuroquirúrgica, debido a la precipitación de cascadas bioquímicas y conos de presión intracraneana, requieren que los médicos, que dan tratamiento inicial, lo apliquen en forma rápida y eficaz, para lo cual es necesario el conocimiento previo de las personas, mediante charlas y difusiones por diferentes medios de comunicación, ya que pudieran encontrarse en situaciones como las que mostramos y actuar en el diferente rol que les ha tocado desempeñarse, por lo tanto deben conocer la importancia del tiempo en conducir a un enfermo al servicio de emergencia de un hospital, pues dicha pérdida de tiempo o el transporte inadecuado, pueden llevar a un deterioro irreversible en el cerebro y de la médula espinal, aun cuando reciban tratamiento médico y quirúrgico

adecuado.

Los pacientes que presentan daño neurológico severo, presentan también alteración del estado de conciencia, por lo tanto están invalidados para dar una opinión y cuando son de necesidad neuroquirúrgica inmediata, pueden ser tratados sin la autorización, de acuerdo D. S. N° 016-2002-SA³, Reglamento de la Ley General de salud, pero eso no niega que los responsables del enfermo estén enterados del manejo que está recibiendo y las implicancias en favor y en contra del propio manejo especialmente cuando es quirúrgico, ya que está de por medio la vida de un ser humano y el médico debe intentar protegerla, con la finalidad de evitar más daño neurológico, que traerán secuelas muchas veces irreversibles o la pérdida de la vida del enfermo.

Los enfermos aún de haber recibido el tratamiento oportuno y adecuado, pueden no responder al tratamiento instaurado ya sea por la gravedad de las lesiones o por su propia naturaleza, la familia debe estar informada desde el primer momento sobre los sucesos de respuesta orgánica del enfermo, de tal manera que si se presentara la situación de toma de decisiones por parte de los familiares, ellos ya hubieran sabido el probable destino de su enfermos, gracias a la información del médico y del consejo oportuno y eficaz. El conocimiento de la familia de que su enfermo se encuentra en un

³ CONCORDANCIA: D.S. N° 016-2002-SA (REGLAMENTO).- Capítulo I, Artículo 4º.- Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia.

estado neurológico terminal o en un estado neurológico irreversible, no debe llegar de manera brusca que cause una desarmonía anímica entre médicos y familiares, aún el enfermo haya llegado en esa situación desfavorable y no haya nada que hacer, pero tampoco demorar dando falsas esperanzas, por lo tanto es importante el dialogo como medio de comunicación de haber entendido el por qué se encuentra así el enfermo, su estado de salud en general de su enfermo, el tratamiento instaurado, las respuestas deseadas e indeseadas, los exámenes de apoyo al diagnóstico, las posibilidades de una mejor o peor respuesta, la evolución del enfermo, las posibilidades quirúrgicas, el pronóstico y calidad de vida, etc., etc.

¿Reanimar o no reanimar? Es ese el problema. ¿Quién decide?

Los médicos tenemos el deber de revertir un PCR, pero bajo criterios establecidos por una medicina basada en evidencias, teniendo en cuenta que los pacientes y familiares muchas veces no lo saben, porque por un lado no se les ha informado o no se lo ha hecho en forma adecuada, lo que más tarde llevará a los médicos enfrentar problemas éticos y jurídicos, trayéndonos problemas psicosociales y económicos, especialmente porque los que tenían que decidir no lo hicieron y perdieron un ser querido que tal vez fue el soporte familiar, quedando como interrogante ¿qué es lo que hubieran decidido en esa situación planteada?

Cuando reconocemos el valor de la vida en situaciones que estimamos reversibles, realizamos maniobras de reanimación en enfermos con PCR, sin

embargo cuando confirmamos que estamos frente a enfermos en una situación vitalmente límite o situación irreversible y realizamos RCPC, podemos colocarnos en una situación que puede traer muchos problemas de índole ética y jurídica, por lo que pasaremos a sustentar la justificación teórica de nuestra investigación:

1° La RCP es una actividad médica que presenta importantes aspectos éticos y deontológicos, como sucede en otras áreas de manejo clínico y quirúrgico y que la mayoría de los autores consideran que las decisiones en relación con la RCP deben estar basadas en los cuatro principios de la bioética.

2° La RCP está de acuerdo al estado de gravedad del enfermo, en las situaciones de emergencia vital hacen más difícil la toma de decisiones y cuando el paciente es menor de edad, obliga a tener en cuenta a sus padres y considerar el mejor interés del niño. De tal manera que se va clarificando la indicación del inicio de la RCP, sin embargo en otras se va justificado suspender las maniobras de reanimación, con la finalidad de evitar el encarnizamiento terapéutico.

3° La “orden de no reanimar” deben ser respetados por el equipo reanimador, pero que sucede cuando los familiares o la misma persona decidió por voluntad adelantada que se le mantenga “vivo” por cualquier medio. El tiempo de mantener “vivo” a una persona por medios asistidos puede dar consuelo y falsas esperanzas a los que

rodean al enfermo, sin embargo el no mantenerlo y no dar la información pertinente puede traer grandes problemas, por lo tanto que es lo que decidiría una persona en un probable futuro como: el ser un enfermo con daño neurológico irreversible, ahora que la ciencia y la tecnología ha evolucionado mucho, ya que “mientras haya vida, hay esperanza”.

4° Cuando estamos frente a enfermos con PCR y consideramos que podemos revertirlo, es porque hemos considerado que es ético y deontológico el intento de reanimación, sin embargo, la aplicación indiscriminada de las maniobras de RCP, pueden colocarnos en una situación de riesgo de menoscabar la dignidad del morir y/o de dejar a los pacientes con graves secuelas neurológicas.

Por lo tanto, cuando hemos tomado la decisión, es porque estamos seguros que al aplicar nuestros conocimientos, implícitamente llevan nuestra decisión de reanimar o no reanimar, pero cuál es la decisión del enfermo o de quien subroga, ¿sabemos cuál sería la voluntad adelantada del enfermo?, o ¿conocemos la decisión de los que subrogan?, hemos pensado ¿cómo sería nuestras decisiones en un futuro probable?

1.5 Justificación Práctica

En la práctica médica es usual que de acuerdo a una primera evaluación del enfermo haya una interrelación entre los médicos y los familiares, que debe ser primordial, optima, con respeto a la intimidad y debe realizarse no en los pasadizos donde muchas veces no hay lugares donde poder sentarse y los interlocutores puedan cómodamente escuchar la información médica, teniendo en cuenta que las respuestas pueden incomodarlos y pudieran tener diferentes manifestaciones desde la inquietud, pasando por estados de agresividad e inclusive perder el conocimiento, como en nuestra práctica hemos podido apreciar, por lo tanto debemos tener en cuenta que la familia puede estar enfermando anímicamente, debido a la situación de una patología aguda que ellos no estuvieron preparados y que deberán tomar decisiones.

Los familiares que subrogan a estos enfermos, deben conocer lo más pronto posible, sobre el estado de deterioro neurológico del enfermo y no solo haber escuchado, sino haber entendido que su familiar en la situación enfermo neurológico terminal, recibió todo lo que la medicina y la cirugía podía ofrecerle y que lamentablemente el enfermo no ha respondido a dichas medidas terapéuticas, ya sea por la gravedad del daño o por la propia naturaleza y que de insistirse en medidas extremas, podría conducir a una fallida esperanza, así como al deterioro emocional de los familiares y al agotamiento de los médicos, del personal de salud y de los bienes terapéuticos, que podrían beneficiar a otros pacientes, que estarían en

capacidad de mejorar y salvarse, sin embargo habiéndose realizado una información adecuada, pueden ser mal interpretadas por los familiares, produciéndose el inicio de una serie de dificultades, éticos, deontológicos y muchas veces legales, llevando a ambas partes a quebrarse anímicamente, económicamente y socialmente, alterando al profesional en lo que respecta principalmente a su productividad, su interrelación profesional y dinámica familiar, así mismo, la inútil esperanza creada en los familiares finalmente los conduce al quebranto emocional, especialmente en aquellos donde existía una dependencia, quedando sustraídos de amor o de sustento económico o de ambos.

Los médicos y los familiares pueden utilizar algunos medios, para convencerse o convencer a los demás, que el fallecido no sufrió durante el tiempo que vivió o que la muerte le evito continuar con ese sufrimiento; surgiendo una serie de opiniones, conceptos y concepciones que pueden ser utilizados por terceros para explicar lo que sucedió o que en algún momento se pudo hacer algo más, satisfaciendo cómodamente su verdad, con la finalidad de que sus argumentos, los lleven a alcanzar alguna notoriedad, mejora social y especialmente económica, entablando una serie de querellas entre familiares y médicos, que en su mayoría, cumplieron con los criterios médicos, éticos y deontológicos, en el manejo clínico y quirúrgico del enfermo. Esta desagradable situación trae penas e inestabilidad emocional de los familiares, convencidos muchas veces que el fallecido, no debería haber muerto, o que inclusive si estuviera vivo con deterioro neurológico, podría estar con mejor calidad de vida y por último reclaman la

importancia de su compañía. Estos razonamientos, provocan situaciones estresantes y deprimentes, tanto en los familiares como amigos y especialmente en los profesionales de la salud, que estuvieron involucrados en la evolución final de la vida y en el proceso de la muerte de un enfermo, llevándolos muchas veces a inesperadas situaciones judiciales, alterando la vida de ambos grupos humanos, pudiendo satisfacer a terceros. En nuestra experiencia hemos visto a los familiares sufrir durante años cuando han tenido que atender enfermos en estado vegetativo, pacientes que finalmente nunca recobraron conciencia vigilante.

Nuestra investigación ayudará a comprender mejor, el problema de la interrelación personal del médico con la sociedad, en casos de enfermos neurológicos clínico y quirúrgico terminales o con daño neurológico irreversible y cómo deben actuar las personas a través de la información escrita, que finalmente ayude a la decisión de los familiares responsables de los subrogados, por lo tanto justificamos la educación médica continua así como el conocimiento continuo del personal de salud, de las personas sanas, de los pacientes con autonomía, de los científicos, filósofos, sociólogos, antropólogos y de todos aquellos que deseen conocer, investigar y afrontar esta problemática, evitando el gasto anímico y económico, por la incertidumbre y controversias, que podrían surgir por un dialogo inadecuado, una información no entendida o por falta de información, que finalmente debe hacerse por escrito y por el médico tratante en todo momento, para que posteriormente no haya tergiversaciones sobre lo que se haya dialogado y tengan los familiares una copia del documento firmado por ellos mismos

sobre aceptación o no. En la práctica hemos observado que la enfermera supe al médico, no informa en absoluto, pero lleva y trae estos documentos que muchas veces es dejado en la cama o en el velador del enfermo, olvidando que hoy estamos sanos, pero mañana podríamos enfermar, sin embargo, en descargo de lo dicho hoy estoy sano y ayer estuve enfermo, mañana no sé, si podré firmar un documento donde pueda tener la oportunidad de decidir.

Puntualizando:

1° En la práctica médica suceden múltiples situaciones, una de ellas son las emergencias neuroquirúrgicas especialmente por neurotrauma y otros procesos que cursan con colecciones yuxtadurales e intracerebrales, acompañados de hipertensión endocraneana y con alteración del sensorio. Tales situaciones no siempre se dan en su casa y junto a su familia, y son muchos los pacientes que llegan a los centros de emergencia, no pueden dar respuestas por las situaciones ya expuestas y también porque en las primeras horas sino días no tienen quien los subrogue, debido a que sus familiares desconocen la causa de su ausencia. Mientras tanto, aquellos enfermos en situación de emergencia o de grado I y II urgencias que recibieron todo lo que la ciencia y la tecnología médico y quirúrgica actual puede dar, se encuentra con daño neurológico irreversible y el revertir un PCR o insistir en ello manteniéndolo respirador sería realizar un encarnizamiento

terapéutico, por lo tanto, ¿Cuál sería nuestra actitud frente a esta situación?, podremos realizar mejor nuestra labor profesional, si conocemos cómo es la voluntad adelantada de una persona sana frente al problema descrito, evitando así el conflicto ético y jurídico que podría existir, por no haber informado y no haber recibido una respuesta que nos lleve a tomar la adecuada decisión.

2° Nuestra investigación ayudará a comprender mejor los problemas al final de la vida, así como entender que la muerte es parte de ella, pero que se puede manifestar de muchas formas. De nuestra experiencia hemos tomado la situación de un enfermo grave con deterioro neurológico irreversible confirmado por neuroimágenes y que ha recibido todo lo que la ciencia y la tecnología médica pueden dar, sin embargo aún sigue con vida y pudiera estar mantenido en forma artificial. Muchas preguntas surgen, sin embargo hay una pregunta que solo aquel enfermo podría haber respondido en forma veraz, ¿Reanimamos o NR y LET?, y al no poderlo hacer, queda esperar la respuesta de los que subrogan, aun sabiendo que existen procedimientos para no continuar. Por lo que hemos trasladado unas preguntas a un grupo de personas sanas usuarias de los hospitales y le consultamos, para saber cuál era su decisión en la situación presentada. Finalmente debido a la existencia de casos ambiguos en medicina, que pueden traer problemas futuros es necesario tener en cuenta lo siguiente: “Es imperioso establecer criterios éticos que permitan orientar la actitud y conducta del médico cuando enfrenta

un paciente en paro cardiorrespiratorio. Se trata de una situación relativamente frecuente que afecta al paciente, a su familia y al equipo de salud que lo asiste. Hoy no se aprecia una clara y definida delimitación de responsabilidades del médico tratante y del equipo de salud, sino más bien una cierta ambigüedad de comunicaciones verbales e incertidumbre de asumir o no una determinada conducta, lo que se agrava a menudo por la disparidad de criterios para enfrentar el paro cardiorrespiratorio”⁴

⁴ American Heart Association: International Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Ethical Aspects of CPR and ECC. Circulation 2000; 102(suppl. I): I-12-I-21.

1.6 Objetivos de la Investigación

1.6.1 Objetivo General

Determinar la toma de decisiones de las personas para evitar confusiones, controversias éticas, deontológicas y de probabilidad jurídica, sobre el contenido de un consentimiento informado por escrito de no reanimar y de limitar el esfuerzo terapéutico como **voluntad anticipada** sobre nuestra persona o de la persona que tendríamos que subrogar, en la situación de enfermo terminal por daño neurológico irreversible tratado en emergencia, que habiendo recibido tratamiento médico y neuroquirúrgico en base a la ciencia y la tecnología actualizada, no existe medios para recuperarlo.

1.6.2 Objetivos Específicos

- 1.6.2.1 Identificar la toma de decisión frente a la indicación de no reanimar y de limitar el esfuerzo terapéutico a través de un consentimiento informado por escrito, como **voluntad anticipada de un enfermo que tendríamos que subrogar**, por encontrarse en estado terminal, con daño neurológico irreversible, que habiendo recibido el manejo clínico y/o quirúrgico en base a la ciencia y la tecnología actualizada, en forma adecuada y oportuno en emergencia, no existe medios de recuperarlo.

1.6.2.2 Identificar la toma de decisión frente a la indicación de no reanimar y de limitar el esfuerzo terapéutico a través de un consentimiento informado por escrito, como **voluntad anticipada sobre nuestra persona**, al encontrarnos en estado terminal, con daño neurológico irreversible, que habiendo recibido manejo clínico y/o quirúrgico en base a la ciencia y la tecnología actualizada en forma adecuada y oportuno en emergencia, no existe medios para recuperarnos.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

“Paralelo al establecimiento firme del concepto de muerte cerebral como indicativo del final de la muerte humana (un paso más acá del simple cese de la función cardiorrespiratoria) se ha prestado un interés especial al concepto de calidad de vida⁵, especialmente en pacientes con incapacidades de origen neurológico, que sin estar en muerte cerebral, mantiene una situación vital que, desde la perspectiva de terceros, no tiene significado de valor (p. ej. Los estados vegetativos persistentes o los recién nacidos con déficits neurológicos severos⁶, y que todo ello puede llevar a situaciones de futilidad terapéutica o de sufrimiento innecesario para el paciente (si conserva la capacidad de autorreconocimiento), sus familiares o sus allegados”, lo que nos lleva a buscar respuestas entre múltiples interrogantes como:

¿Quién decide y qué se decide?

Para conocer quien decide y que se decide, hemos considerado nuestro estudio en una situación de voluntad adelantada o anticipada, por lo tanto explicare la importancia de esta, bajo nuestra concepción y de la concepción

⁵ Orlowski JP. Ethical Principles in Critical Care Medicine. En: Orlowski, JP, Kanoti GA, eds. Ethical Moments in Critical Care Medicine. Crit Care Clinics 1996; 2: 13-25.

⁶ The multisociety Task Force on PVS. Medical Aspects of persistent vegetative state (I) New Engl J Med 1994; 330: 1499 – 1508.

de otros países que son tratadas a través de leyes.

2.1 Teoría sobre la voluntad anticipada

“Según Serrano Ruiz-Calderón⁷, el origen de la voluntad adelantada puede vincularse a dos causas: al desarrollo del consentimiento Informado debido a la idea de la autonomía individualista a la medicina, y al temor al torno a la obstinación terapéutica y a la prolongación de los sufrimientos”.

La mayoría de los seres humanos no sabemos cuándo vamos a morir, es probable que algunos lo sepan pero son una minoría como por ejemplo “fisiológicamente” tienen una edad avanzada o porque tiene una lesión en un órgano vital y han sido diagnosticados y se tiene una presunción sobre el tiempo de vida restante de acuerdo a las estadísticas internacionales, pero, una gran mayoría no lo sabe o porque se encuentran en una situación psicofísica optima o por que desconocemos que algo patológico esta germinado dentro de nosotros. Los avances tecnológicos han ayudado en los avances de los estudios genéticos y se van detectando enfermedades que puede darnos la idea de un tiempo de vida, sin embargo no sabemos cuándo podemos ser atropellados por un vehículo motorizado o cualquier accidente a pesar de la “prevención”

Entonces surge una serie de preguntas y comentarios cuando reflexionamos sobre los últimos días de nuestras vidas, por ejemplo ¿hemos logrado lo que

⁷ Serrano Ruiz-Calderón José Miguel, “la Ley 41/2002 y las voluntades anticipadas”. Cuadernos de Bioética, vol XVII, N° 59, enero-abril de 2006, pp. 69 y ss.

pensamos?, ¿cumplimos con nuestros convenios sociales, económicos, etc., etc.?, ¿hemos hecho nuestros testamentos?, ¿hemos escrito palabras de amor a nuestros seres queridos?, ¿hemos intentado dejar buenos recuerdos?, ¿Qué es lo que queremos al final de nuestras vidas?, etc.

En nuestro país no se dice mucho sobre la voluntad adelantada o anticipada, sin embargo, en otros países pasan a ser leyes, si en nuestro país se viene trabajando al respecto, entonces no se ha hecho una buena difusión.

La importancia de esta voluntad anticipada nos permite conocer y darle valoración a nuestras decisiones, que en nuestro estudio es la atención médica, cuando somos sujetos de una enfermedad que nos ha invalidado ya sea en forma aguda o crónica, especialmente cuando hay pérdida de conciencia o de no poder expresarnos en forma escrita y hablada.

Cuando estamos en el proceso al final de la vida son nuestros familiares quienes nos subrogan y podemos crearles una serie de conflictos emocionales y de que puedan realizar la decisión más adecuada que se ajuste con lo que “hemos querido” o deseado. Estos conflictos se mezclan con una serie de problemas de índole religioso, ético, social y económico, etc., que pudiéramos haber prevenido y que colocarían a nuestros familiares o a nosotros mismos como familiares también en una situación de vulnerabilidad que va producir principalmente deterioro anímico y económico.

Cuántas personas saben sobre sus deberes y sus derechos con uso de su autonomía y el respeto de la dignidad de las personas y que si se hubiera hecho la difusión adecuada sobre lo que es la voluntad anticipada, cuántos problemas estarían previamente resueltos, de allí la importancia que en nuestro estudio es evaluar cómo piensa un grupo de personas en tal situación, creándoles la experiencia en el rol de enfermo y en el rol de familiar responsable o de quien subroga.

¿Que buscamos con la voluntad anticipada?

Evitar sufrimiento de los seres humanos, de los vuestros, de los nuestros seres queridos y de nosotros mismos, si tuviéramos que pasar por una situación clínica como la propuesta, no prolongando en forma innecesaria la vida que por ahora podría no considerársele de calidad. Por eso ahora que nos encontramos con nuestras facultades ¿qué es lo que queremos para nuestro futuro?

Informe al respecto tomado de la Fuente: Noticieros Televisa: 2013-03-12:

- “A pesar de que la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal fue publicada en enero de 2008, son pocos los habitantes de la ciudad que la conocen y han hecho uso de sus disposiciones. Tan sólo 1,438 personas, de las cuales 930 son mujeres y 508 son hombres, han ejercitado el recurso que provee la ley”.
- La Ley de Voluntad Anticipada se aplica cuando se tiene un

padecimiento mortal e irreversible o existe una esperanza de vida menor a 6 meses. Sin embargo, podemos recurrir a su protección en cualquier momento. La Ley de Voluntad Anticipada del DF establece que cualquier persona puede dejar constancia en un documento, otorgado ante notario público, respecto a su voluntad frente a la eventualidad de una enfermedad incurable o una fase terminal. Los requisitos son sólo tener 18 años de edad, una identificación oficial con fotografía y estar en el pleno y cabal uso de nuestras facultades mentales.

- "Con el documento de voluntad anticipada se consigue proteger la dignidad y autonomía para vivir esos últimos momentos como uno decide y no como decidan los demás", concluyó el Dr. Martínez.

La voluntad anticipada desde el punto de vista de la bioética y la biojurídica, puede sufrir una serie de interpretaciones como un "proceso", un "documento" o ambos, pero con el buen propósito de salvaguardar la dignidad de las personas, así como respetar su cultura, pensamiento, creencias y sus deseos, pero también debe tomarse en cuenta que no es un documento de suicidio o eutanasia y también debe respetarse el juramento médico en base a los avances científicos y tecnológicos, pues en este documento están las instrucciones que están al servicio de aquellos que ya no pueden decidir y que nosotros consideramos también, que deben estar regulados por la deontología médica y la ley peruana.

Traslado para conocimiento, la Declaración de la AMM sobre la Voluntad

Anticipada ("Testamentos Vitales"), Adoptada por la 54^a Asamblea General de la AMM, Helsinki, Septiembre 2003 y reafirmada por la 194^a Sesión del Consejo, Bali, Indonesia, Abril 2013

A. INTRODUCCIÓN

1. La voluntad anticipada es un documento escrito y firmado o una declaración verbal ante testigos, en el cual una persona expresa sus deseos con respecto a la atención médica que quiere o no quiere recibir si queda inconsciente o si no puede expresar su voluntad.
2. Este tipo de documento se conoce con distintos nombres en diversos países (por ejemplo, testamento vital o testamento biológico). La aceptabilidad y el estatuto jurídico de estas directivas varía según el país, dependiendo de factores sociales, culturales, religiosos y otros.
3. La mayoría de las personas que preparan estas directivas temen particularmente las intervenciones terapéuticas excesivas, ineficaces o largas en las fases terminales de la vida, en caso de degeneración física o mental que sea clara e irreversible.
4. La Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente estipula que "Si el paciente está inconsciente y si no se dispone de un representante legal, pero se necesita urgente una

intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, en base a lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, que éste rechazaría la intervención en esta situación."

B. RECOMENDACIONES

1. Se debe respetar la voluntad anticipada debidamente registrada, a menos que exista una base razonable para suponer que no es válida porque ya no representa los deseos del paciente o porque la comprensión del paciente no era cabal al momento de preparar la directiva. Si la voluntad anticipada es contraria a las convicciones del médico se debe prever el traspaso de la atención del paciente a otro médico que lo acepte.
2. Si el médico no está seguro de la validez de una voluntad anticipada para terminar un tratamiento que prolongue la vida, debe pedir la opinión de la familia o del representante legal del paciente en cuestión y debe pedir al menos la opinión de otro colega o del comité de ética correspondiente. La familia o el representante legal deben estar especificados en la voluntad anticipada, ser de confianza y estar dispuestos a atestiguar sobre las intenciones expresadas en la voluntad anticipada por el firmante. El médico debe tomar en cuenta toda legislación pertinente sobre el reemplazo de la toma de decisiones para los pacientes que no sean competentes.

3. Se debe aconsejar a los pacientes la revisión periódica de su voluntad anticipada.
4. Si no existe una voluntad anticipada o un reemplazante que tome una decisión, designado legalmente, el médico debe aplicar el tratamiento que considere sea mejor para el paciente.

Esta ley en algunos países ha traído controversias especialmente con los religiosos, pero es necesario advertir que no debe equivocarse "ortotanasia" con "eutanasia", especialmente porque el propósito es regular la muerte digna, la ley de la voluntad anticipada en México, permite dejar de recibir tratamientos, más no permite la realización de alguna conducta que tenga como consecuencia el acortamiento intencional de la vida.

2.2 Marco Filosófico o epistemológico de la investigación

La búsqueda del conocimiento puede quedar acotada en la misma ciencia que aunque valida y tiene rigor entre sus múltiples características, y nos permite cumplir con el acto médico, demostrando con veracidad, la decisión tomada, sin embargo existen muchos problemas aun no resueltos, que no se pueden seguir como pasos matemáticos, pues aun siguiendo criterios clínicos y quirúrgicos, la experiencia demuestra que no siempre se obtiene la respuesta deseada, porque la naturaleza del ser humano es diferente tanto en mente como en cuerpo, problema aún no resuelto y que se mantiene en la incertidumbre, dicha existencia nos lleva a seguir buscando y por lo tanto es necesario la epistemología para desacotar la ciencia y nos permita ver al interior de la incertidumbre, esa incertidumbre en nuestra investigación es la decisión frente a la situación de enfermo con daño neurológico irreversible, reanimamos o NR y LET, en la posición de voluntad adelantada como enfermo y como quién subroga.

Quien podría considerar resueltos los problemas del ser y la persona, la bioética y la ética, la conciencia y la muerte, si aún se siguen debatiendo el problema de la mente y el cuerpo, por lo tanto el término problema, como problemática y problematicidad no debe sobresaltarnos, sino entender que estamos tratando de aportar con un meta análisis solo un ángulo de ellas relacionadas con las decisiones de quién decide y que se debe decidir sobre la No Reanimación y la Limitación del Esfuerzo terapéutico, para eso hemos planteado un problema de un enfermo con daño neurológico irreversible

demostrado por neuroimágenes y no tributario a un manejo neuroquirúrgico en posibilidad de hacer un PCR, cuál sería la voluntad adelantada de alguien ahora sano y que en un probable futuro al final de la vida, sea enfermo o quien subroga. Con la finalidad de poder ser interpretado seremos puntuales en la problematización:

Primer problema: sobre la bioética

1° La bioética es la rama de la ética que se dedica a proveer los principios para la correcta conducta humana respecto a la vida, tanto de la vida humana como de la vida no humana (animal y vegetal), así como al ambiente en el que pueden darse condiciones aceptables para la vida.

2° De otro lado la ética siempre ha sido parte de la historia de la medicina bajo el argumento de filosofía, que tiene como antecedente el “Tratado de Medicina Antigua”, escrito hacia el año 440 a. C., donde está escrito: “la medicina ‘moderna’ debe orientarse hacia la filosofía”⁸ teniendo en cuenta que desde los pitagóricos la ética era parte de la filosofía que debía responder a la interrogante “¿qué es el hombre?”, que abordaremos en relación a la persona y por lo tanto existe la ética médica.

⁸ Cordero, Néstor Luis (2009). *La invención de la filosofía* (2ª edición). Argentina: Biblos. pp. 35.

3° "... en la década de los setenta cuando los enfermos empezaron a tener conciencia plena de su condición de agentes morales autónomos, libres y responsables, que no querían establecer con sus médicos relaciones de padres e hijos, sino ser tratados como personas adultas, que mutuamente se necesitaban y respetaban. La relación médica paso a basarse en el principio de autonomía y de libertad de todos los sujetos implicados en ella, por lo que la relación médico-paciente sea autónoma, plural, secularizada y conflictiva. El conflicto se agudiza si se tiene en cuenta que en la relación sanitaria pueden intervenir, además del médico y el paciente, la dirección del hospital, la seguridad social, la familia y la justicia civil, factores que se reducen a tres: el médico, el paciente y la sociedad. El médico actúa guiado por la beneficencia, el enfermo por el principio moral de la autonomía, y la sociedad por el de justicia."⁹, de allí de tener en cuenta la relación del manejo del enfermo por el médico, teniendo en cuenta la libertad de decidir del enfermo y/o los familiares.

4° Consideramos hacer la relación de la bioética con nuestra investigación, así como el comportamiento ético del médico en la reanimación, por lo cual hemos tomado las recomendaciones éticas en la RCP de las Guías 2010 de la European Resuscitation Council¹⁰

⁹ Heimerdinger C. y Briceño-Iragorry L, De la ética a la bioética. Colección Razetti. Volumen VII. Capítulo 16. Caracas: Editorial Ateproca; 2009. p. 517-554.

¹⁰ Lippert FK, Raffay V, Georgiou M, Steen PA, Bossaert L. Resuscitation. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions 2010 Sep 10;1445-51

y de la American Heart Association¹¹, que podrá servir para que otros estudiosos continúen sus investigaciones sobre los problemas al final de la vida. Este documento ha sido elaborado por el Grupo Promotor de Bioética y presenta los Principios de Bioética en la RCP de la siguiente manera:

- **Principio de Autonomía:** Derecho del paciente a aceptar, rehusar cualquier tratamiento. Para ello se requiere que el paciente esté adecuadamente informado, que sea competente (entiende, asimila, puede repetir la información, delibera y justifica su decisión) y libre de cualquier presión externa. Suele quedar plasmado en un documento de instrucciones previas. Aun cuando es un principio universal, en una emergencia con frecuencia puede ser difícil de aplicar.

- **Principio de Futilidad o de No Maleficencia:** No hacer más daño. No iniciar o prolongar la RCP en casos inútiles. Diremos que una reanimación es fútil si no aporta ningún beneficio, en términos de prolongar una vida con una calidad de vida aceptable. Aun cuando los familiares lo soliciten, los profesionales que realicen RCP no están obligados a realizar aquellos tratamientos que el consenso científico y social considera inútiles dentro de cada caso concreto.

Valga como ejemplo, la RCP en una PCR irreversible.

¹¹ Morrison LJ, Kierzek G, Diekema DS, Sayre MR, Silvers SM, Idris AH, Mancini ME. Circulation. Part 3: ethics: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Nov 2; 122(18 Suppl 3): S665-75.

- **Principio de Beneficencia:** Buscar el mayor beneficio para el paciente. Habitualmente tiene que ver con la decisión de iniciar la RCP, pero en ocasiones puede significar rechazar las maniobras.
- **Principio de Justicia:** La reanimación, con los recursos disponibles (siempre limitados), deberá estar disponible para cualquier paciente, de acuerdo a criterios de justicia e igualdad.
- **Principios de Dignidad y Honestidad:** Los pacientes tienen siempre el derecho a ser tratados con dignidad, y la información suministrada al paciente (en caso de instrucciones previas) y a los familiares debe ser honesta sin suprimir información relevante.

Los criterios del manejo y aplicación de la RCPC son conocidos por los médicos que laboramos en *emergencias* y en *situaciones de emergencia* y de acuerdo a la gravedad de los enfermos, hacemos una toma de decisiones, sin embargo, la experiencia a través del tiempo, nos deja ver y reinterpretar situaciones de ambigüedad y de persistir con la RCPC sin informar, continuaríamos con un paternalismo. Existen situaciones que aun informando debidamente, podemos obtener respuestas propias de cada persona, como por ejemplo en casos de niños que nacen con hidranencefalia o mielomeningoceles de nivel vertebral alto y habiendo explicado a los padres la evolución de estos enfermos y en especial su calidad de vida y que podrían presentar PCR, hemos recibido como respuesta, que nos limitemos a operar a los niños, ya que ellos se ocuparan

del resto. Estas diferencias de pensar y sentir en los seres humanos van de acuerdo a muchos factores y son atendidos en forma similar pero no igual en cada país, que pueden tener un marco legal diferente, así como el contenido de los documentos de consentimiento informado.

Actualmente, los criterios médicos sustentados en la ciencia se han ido consolidando y en términos generales la RCP se realiza en un PC y por ser una situación de emergencia extrema, se considera implícito el consentimiento de la víctima, y no hay ni tiempo ni datos para conocer con exactitud su conveniencia, sin embargo, frente a los criterios generales se debe tener en cuenta tres excepciones¹²:

1. **Al principio de autonomía:** cuando se conozcan los deseos en contra, por parte de la víctima, bien expresados en un documento válido, bien mediante el testimonio fehaciente de sus familiares próximos o de su representante legal. Sin duda, esta puede ser una situación conflictiva en el ámbito extra hospitalario mientras no esté más extendido el uso de instrucciones previas¹³. Estas han mostrado su utilidad para los profesionales de los SEM¹⁴. En ausencia de instrucciones previas claras, entre las que pueden estar incluidas las

¹² Perales N., Abizanda R., Rubio M. Ética y resucitación cardiopulmonar. En: Perales N., López J., Ruano M., editors. Manual de soporte vital avanzado. Barcelona: Elsevier-Doyma; 2007. 261-73.

¹³ Baskett P.J., Steen P.A., Bossaert L. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Section 8. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation. 2005; 67(Suppl 1):S171-80.

¹⁴ International Liaison Committee on Resuscitation. International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. Part 8: interdisciplinary topics. Resuscitation. 2005; 67:305-14.

“Órdenes de No Intentar la Resucitación”, debe iniciarse RCP inmediatamente, excepto que los familiares presentes nos expresen la que sea o hubiera sido la voluntad del paciente con respecto a la RCP, aunque no conste por escrito. Con frecuencia estos llaman a los SEM, puesto que no saben qué hacer durante la agonía o al fallecimiento de su ser querido, pero lo que menos desearía ninguno de ellos es que se comience de manera refleja o automática la RCP¹⁵. Solo la buena comunicación entre allegados de la víctima y profesionales sanitarios, así como el buen juicio de estos últimos, puede resolver los eventuales conflictos.

2. **A los principios de beneficencia y de no maleficencia:** cuando se tenga la certeza de que la RCP no es apropiada por resultar inútil o fútil. Es en este último supuesto donde las “Órdenes de No Intentar la Resucitación”, tienen su plena utilidad, muy especialmente en el medio hospitalario¹⁶, pero también en el extra hospitalario.
3. **Al principio de justicia:** cuando la realización de RCP conlleve graves riesgos para la salud o la integridad del reanimador, o cuando otras víctimas simultáneas puedan beneficiarse de la RCP con mayores probabilidades de supervivencia.

¹⁵ Kellermann A., Lynn J. Withholding resuscitation in prehospital care. Ann Intern Med. 2006; 144:692-3.

¹⁶ Perales N., Pérez J.L., Bernat A., Cerdá M., Álvarez J.A., Arribas P., et al. La resucitación cardiopulmonar en el hospital: Recomendaciones 2005. Med Intensiva. 2005; 29:349-56.

Si el problema no existe o no continua como tal, es porque con anticipación sabíamos la decisión del enfermo o de quienes subrogan, sin embargo, continua la incertidumbre ya que un problema resuelto no es más que posibilidades de una solución proyectada anticipadamente con garantía de éxito, de los problemas que van surgiendo.

Segundo problema: sobre la conciencia

1° El término conciencia, es el conocimiento que un ser humano, tiene de sí mismo y de su entorno. En cuanto a si mismo es sobre su propio estado, ideas, percepciones, voliciones, sentimientos, etc., que involucran su conciencia moral. Con respecto a su entorno, recibe los estímulos externos dentro de los cuales está la actitud de las personas, entonces puede conocer su moral.

2° Usualmente los médicos nos preocupamos por la continuidad del estado vigilancia de un enfermo y muy pocas veces nos interesamos sobre su moral cuando se encuentra grave, en situación de emergencia por daño neurológico irreversible y de posibilidad de PCR y/o estando en PCR, tenemos que resolver un problema médico y también de nuestra conciencia, cuando pensamos en la calidad de vida que pueda quedar el enfermo al ser revertido con las maniobras de RCPC y cómo podría ser el sufrimiento de la familia al encargarse de un enfermo en muerte cerebral o estado vegetativo, todo esto es colocado en un lado de la balanza, mientras que del otro lado de ella, puede ser pesado su actuación si fue realizado con beneficencia y paternalismo, desconociendo la autonomía del enfermo y de los familiares que no pudieron decidir, quedando finalmente la balanza en manos de la justicia, ya que el conflicto está allí, pues los familiares muchas veces no quedan conformes con la decisión tomada.

3° El desarrollo de la terapia intensiva y los métodos de sostén artificial de determinadas funciones biológicas vitales, trajeron aparejado el problema del diagnóstico de la muerte, que aún hoy sigue siendo de interés; pero el eje central de la discusión se ha desplazado a la ética del paciente moribundo¹⁷, el cual, aunque muy pocas veces se recupera, en todo momento es un ente vivo, con características psico-biológicas-sociales muy propias de la especie humana, y como tal merece nuestra atención¹⁸.

4° Estos problemas de conciencia que involucran la voluntad adelantada de una persona al final de su vida, como la importante valoración médica si el enfermo conserva su conciencia o está en fase agónica, actualmente con la aplicación de los principios bioéticos, cobran valor en la atención al moribundo y al mismo tiempo son causa de grandes dilemas en el mundo, pues es importante que el enfermo conserve su dignidad hasta el momento final, como en el caso de la muerte encefálica, es un reto que la bioética le plantea a la medicina contemporánea¹⁹ y que podríamos haber evitado al conocer la voluntad adelantada de las personas.

¹⁷ Serret Rodríguez B, Smith V, Crespo E. El médico ante la enfermedad mortal, el moribundo y su familia. Santiago de Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas, 1995:19-93.

¹⁸ Lecciones de Medicina Legal. La Habana: Pueblo y Educación, 1986:12-4, 16-8.

¹⁹ Santiago de Cuba. Vicedirección de Asistencia Médica. Criterios Diagnósticos de la muerte encefálica. Documento Normativo. Hospital Provincial Saturnino Lora, 1991.

La conciencia moral del individuo moribundo o agónico, o en situación de coma, sigue siendo un problema, especialmente cuando trabajamos a la cabecera de ellos, pues no sabemos su decisión frente a su propio estado.

Con respecto al sensorio o conciencia neurológica, se sigue protocolizando las áreas que están enteramente involucradas en ellas, a menos que en forma aguda estemos frente a un enfermo con muerte cerebral, pero en su evolución misma hacia este estado, solo tenemos la proyección de la experiencia.

Tercer problema, sobre la persona

Si quisiéramos dar solución a este problema con respecto a los deberes y derechos de la persona, solo nos remitiríamos a la CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ, al Título I: De la persona y de la sociedad, Capítulo I: Derechos fundamentales de la persona y conocer sus 24 artículos y a la LEY GENERAL DE SALUD N° 26842. Título Primero: Derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual y sus 21 artículos, que todo ciudadano y todo profesional peruano debería conocer.

Sin embargo, nos preguntamos si ¿en los documentos mencionados, existen respuestas sobre la naturaleza humana o sobre la concepción del ser y del ser humano?

Tales problemas no se iniciaron recientemente, ya que, el problema de la naturaleza está en los orígenes del pensamiento occidental, en los naturalistas presocráticos y con respecto al ser humano se encuentra en el descubrimiento del hombre y en el nacimiento de la medicina como saber científico autónomo, problemas que aún persisten y si no están resueltos, es porque, siendo el ser humano igual en consideraciones generales, también es diferente en la consideración de individuo cuando son sujetos de ser tratados clínica y quirúrgicamente con respecto a lo que nos compete, ya que por experiencia vemos que por su naturaleza individual, pueden responder en forma diferente aun siguiendo protocolos donde se haya instaurado los criterios de reanimar o no reanimar, lo que podría dar solución parcialmente en lo que corresponde al problema del cuerpo y al problema de

nuestra decisión profesional, pero con respecto al problema de la mente, solo podremos dar solución al problema fijado, si conociéramos cuál o cuáles son las decisiones de las personas frente al problema de decidir si se reanima o NR y LET. Por lo tanto lo que conocemos es lo que vamos experimentando y vamos fundamentando en la ciencia, pero no es un problema resuelto, por lo que fundamentaré puntualmente:

1° El concepto de persona es una categoría fundamental para la toma de críticas decisiones médicas y los expertos coinciden de forma unánime en su valor axiológico, por lo tanto se requiere una comprensión precisa de su fundamentación en un contexto biomédico²⁰

2° Suele caracterizarse la libertad como un acto de la voluntad, pero ella es, antes que nada, un radical personal: la persona no tiene libertad, sencillamente es libre. Pero además la libertad como radical de la persona no es solo libertad negativa, libertad “de”; es también libertad positiva, libertad “para” siguiendo la distinción hecha por Berlin²¹, a la que Llano agrega la libertad “de sí mismo”, que es capacidad de vaciamiento de sí mismo y que caracteriza como dejarse amar²².

²⁰ Garda, OO. El concepto de persona y su fundamentación neurológica. Rev Neurol. Junio 1998.

²¹ Berlin, I. Two Concepts of Liberty. En Four essays on Liberty. Oxford University Press 1969.

²² Llano, A. El Futuro de la Libertad. Ed. Eunsal. Pamplona, 1985, pág. 81

3° Esta perfección que caracteriza a la persona le permite una apertura que le lleva a relacionarse no sólo con él mismo, ni con los demás hombres, ni sólo con el medio que la rodea, sino también a relacionarse con las personas superiores al hombre. Como consecuencia de esto, la persona necesita dialogar, de ahí la importancia de la intersubjetividad²³.

4° Al ser libre la persona se posee a sí misma, es dueña de sus actos y, gracias a ello, también es dueña del desarrollo de su vida y de su destino: puede elegir ambos. Hay que resaltar que la libertad no se agota en la capacidad de elegir medios, tal planteamiento solo empobrece la libertad y a la persona que es su titular; la libertad – como bien han mostrado Wojtyla - también es autodeterminación²⁴ o autotranscendencia²⁵, principalmente cuando se manifiesta a través de la capacidad de donar²⁶ y sobre todo de donarse él mismo.

Este tercer problema que actualmente está en debate sobre el ser humano y la persona, se mantiene abierto y las cuestiones sobre su naturaleza y atributos no están resueltas, aunque tengamos como punto de partida el concepto biológico de ser humano y el concepto de persona como concepto cultural, pues se nace ser humano y se llega a ser persona con deberes y derechos, que no debería perder el ser humano especialmente cuando no

²³ Taylor, Ch. Ética de la autenticidad. Ed. Paidós. Barcelona, 1994, pág. 68 y ss

²⁴ Wojtyla, K. Mi visión del hombre. Ed. Palabra. Madrid, 1997, pág. 144

²⁵ Polo, L. La Persona Humana y su crecimiento. Ed. Eunsal. Pamplona, 1996, pág. 52

²⁶ Polo, L. Sobre la existencia cristiana. Ed. Eunsal. Pamplona, 1996, pág. 130

puede decidir por que se le ha considerado que ha perdido su conciencia ya sea de su sensorio y su conciencia moral o de sus costumbres en los que se incluyen sus creencias.

Cuarto problema, Sobre la Muerte

“El problema de la muerte es un problema de todos, tanto para ser uno de los actores partícipes de una discusión sobre ella o para ser el que desempeña el rol protagónico principal”²⁷

El ser humano a través del tiempo, ha estado expuesto a una serie de creencias propias y ajenas, una de ellas es la muerte, y aunque no se quiera o se desee, está siempre allí. No es nuestra intención hacer reflexiones en el campo escatológico, ni menos mantener un pensamiento tanático, sino que recordemos qué paso en el mundo en los años, que precedió en la espera del inicio del siglo XXI o como actualmente que muchas personas tienen una serie de conjeturas sobre lo que pasará el próximo 21 de setiembre o del próximo 21 de diciembre de este año, solo tendremos las respuestas, cuando hayan pasado esos días, mientras tanto muchas personas seguirán pensando en terremotos y desgracias, que fueron dejadas por algunas culturas antiguas, como un legado de pensamiento mágico-religioso dominante.

Pero la muerte puede tomarse en varios sentidos, es cierto que la que está en la mente de los médicos y del personal de salud es la muerte biológica y en los religiosos la muerte del alma, pero no es la única como deceso, si no también cuando se refiere a la relación específica con la existencia humana, para lo cual se pueden tomar varias formas de muerte como la social, que puede estar en el desprecio o la exclusión del ser humano, que tendríamos

²⁷ Puma Romero, Manuel: *Saliendo de la Caverna*. Libro en ejecución.

que reflexionar en la conducta del Cromagnon, a través de sus entierros, donde se aprecia el respeto a los muertos y el principio de caridad, que no se halló en los predecesores del mismo y que muchas veces tampoco la hallamos en algunos homo sapiens sapiens y que hemos visto cuando alguna persona incluyendo algunos médicos, cuando están frente a un anciano en mal estado general, puedan decir: “ya vivió bastante” o de lo contrario sin decir nada, puede solamente rubricar una historia clínica, confirmando que lo atendió o de lo contrario, justifique entre una persona anciana y una joven, a quien se le deberá dar soporte un ventilatorio y no seguir buscando como solucionar ambos problemas. Múltiples ejemplos con diferente causalidad podemos mencionar, pero como sostener después, lo que hemos hecho, sin que afecte nuestra conciencia o la conciencia de los demás.

Con respecto a la edad, también ha ido cambiando la duración media de la vida y entonces tendríamos que pensar, ¿será debido a qué sabemos tratar mejor las enfermedades de los pacientes?, ¿tenemos mejor tecnología?, ¿nos alimentamos mejor?, cambios en la naturaleza, cambios en nuestra propia naturaleza, etc., etc., que pueden alargar la vida, sin embargo aún estamos en el inicio de las investigaciones del reloj vital que alargaría la duración de la cuerda de nuestros relojes biológicos, pero nos volvemos a preguntar si alargamos la vida, sin saber tratar las enfermedades y que la mayoría de ellas se acompaña de dolor y el dolor de sus familiares y de otro lado no mejoramos la naturaleza y en cambio la deterioramos más, entonces, ¿habrá suficientes subsistencias para vivir? y si por ellas

tendremos que morir, recordemos que los seres humanos somos gobernados por el equilibrio de nuestras cortezas cerebrales sobre nuestro circuito límbico, pero aún hay violencia y agresión y por eso también hay muchos pacientes lesionados y enfermos en las emergencias con deterioro neurológico inminente y que pueden quedar en estado vegetativo o en muerte cerebral.

Un ser humano que esta frente a un problema de salud, que le pueda condicionar la muerte, pero esta no se concreta lamentablemente y presenta un estado de calidad de vida no óptima, debido a las severas lesiones neurológicas que han deteriorado la conciencia, lo invalidara por el resto del tiempo de su vida; es una situación desagradable que traerá pesar o para otros considerarlo un castigo divino o tal vez una redención, etc., es una situación a la que estamos expuestos todos los seres humanos en algún momento.

Muchas personas consideran que en un momento determinado de su vida, pueden percibir la cercanía de la muerte, sin embargo este pensamiento no es nuevo, pues ya estaba presente en diferentes culturas antiguas, en ese entonces y tal vez como ahora también, se preparaban en su cama, por medio de un ritual, donde asistían parientes y amigos. Pero la muerte no termina con el deceso del difunto hay que velarlos, enterrarlos y recordarlos. Antes se enterraban a los muertos cercanos a sus viviendas, también en iglesias y cementerios próximos a ellos, pero la cultura actual es la de alejarse lo más posible de los muertos, tal vez por temor a la muerte, por

higiene o por algunas creencias, como el tocar a los muertos era considerado un acto de impureza o de que los muertos pudieran regresar a través de los sueños, por lo que es mejor enterrarlos con las mejores pompas fúnebres, acompañados o no de gran dramatismo. Pero lo que parece haberse dado como un pensamiento común a través del tiempo, es que generalmente pensamos en la muerte de nuestros familiares más cercanos o de nuestros seres amados por el amor que se les profesa, pero también se puede pensar en la muerte de los demás, pero generalmente no pensamos en nuestra muerte o si lo hacemos es en forma muy superficial, ya que el que piensa en profundidad y no en una reflexión filosófica, probablemente se encuentre deprimido.

Muchas personas desean morir durante el sueño y quedarse así eternamente dormidos, otros desean morir con un “ataque” al corazón, porque es rápido y fulminante, tal vez en algunos casos sea cierto, no lo sé, si alguien me refutara al respecto, le diría que hasta ahora solo se por experiencias indirectas, pero un infarto duele y los que se han “salvado” de morir de un infarto entre sueños, nos contado después que habían tenido una asombrosa pesadilla que los llevó a un gran dolor precordial. Así mismo el ser humano quiere preservarse no solo en especie, sino que da explicaciones sobre su muerte o cuando cree haber muerto, existiendo estudios de vida después de la muerte y que algunos que han “regresado”, señalan haber visto a dios o a Cristo, ángeles, caída de agua, tranquilidad, corredor, etc., etc., aunque en nuestra experiencia, de haber salvado a personas con lesiones por arma de fuego en la cabeza, tienen relato similar,

sustentamos que es debido a una insuficiencia circulatoria cerebral y periférica, que inclusive llevo a alguien diagnosticarlos como muertos, sin embargo con un manejo adecuado de reanimación y soporte pudimos operarlos y salvarlos, ya que probablemente nunca murieron, sino que la hipoxia y anoxia en algunas áreas cerebrales los llevo a que esas áreas sean estimuladas y recíprocamente provocaran el surgimiento de sus recuerdos, explicándolos, como si su vida pasara como imágenes en colores y grises rápidamente por sus ojos, relacionándolos con sus costumbres y creencias guardadas en su subconsciente, de no ser así la ciencia no puede explicar más, pero si es importante tener en cuenta el pensamiento de Thomas Szasz: "Si hablas con Dios estás rezando; si Dios te habla a ti tienes esquizofrenia".²⁸

Nuestra argumentación científica y epistemológica, está basado en nuestras experiencias neurológicas clínicas y quirúrgicas, tratando de resolver los cuatro problemas que hemos formulado, y que son la base de nuestro estudio propuesto sobre el consentimiento informado en las emergencias neuroquirúrgicas: La indicación de no reanimar y de limitar el esfuerzo terapéutico, utilizando nuestra interpretación y repensando sobre el pensamiento de algunos filósofos y médicos, que trataron individualmente los problemas en sí como autoridades en el a priori, lo que nos lleva a sugerir la reinterpretación del pensamiento baconiano: "La verdad es hija del

²⁸ Breeding John. *Thomas Szasz: Philosopher of Liberty*. Journal of Humanistic Psychology Págs.: 1-16. January 2011.

tiempo, no de la autoridad”, por lo que dejamos abierta las puertas para continuar la búsqueda del conocimiento.

2.3 Antecedentes de Investigación

Con el título “El Consentimiento Informado en las Emergencias Neuroquirúrgicas: La Indicación de No Reanimar y de Limitación del Esfuerzo terapéutico”, motivo de nuestro estudio, no hemos encontrado tesis de bioética en nuestro país, ni de igual contenido en el extranjero.

De acuerdo a la información brindada por la Unidad de Biblioteca, hemeroteca y centro documentario de la Facultad de Medicina de la UNMSM, así como nuestra propia búsqueda en otras bibliotecas virtuales a nivel nacional e internacional, hemos hallado muchos y variados trabajos relacionados a la bioética o relacionado al consentimiento informado, sobre diferentes manejos terapéuticos, pero ninguno relacionado al de nuestra propuesta, aquí mencionamos algunos relacionados a la cirugía:

1. González González Daniel y Rodríguez Almada y Hugo:

Título: Consentimiento informado: Análisis crítico de su aplicación en un servicio quirúrgico. Rev Med Uruguay 2005; 21: 291-297

Como conclusiones, se comprueba el alto porcentaje de procedimientos quirúrgicos en los cuales el consentimiento informado en forma escrita no se lleva a cabo, y en aquellos en que sí se lo hace se constata una serie de errores conceptuales y de forma.

2. López Milhet, Ana Bertha; et al:

Título: El consentimiento informado en la práctica quirúrgica

Se resalta la importancia del consentimiento informado en la práctica asistencial, en especial en el área de la cirugía, y se analiza la experiencia cubana en la aplicación del consentimiento informado en las investigaciones. Se destacan las limitantes de su uso, como premisa necesaria para iniciar un proceso de perfeccionamiento en su aplicación.

3. Peña Borroto, Daily, Alfonso Puentes, Nidia, Alfonso Puentes Ramiro:

Título: Consentimiento Informado en el Paciente Quirúrgico. Archivo Médico de Camagüey 2004;8(4) ISSN 1025-0255

Estudio descriptivo, transversal en 364 pacientes, para ser intervenidos en las especialidades de cirugía general, neurocirugía y ortopedia, se excluyeron los que no tenían decisión propia.

Existen muchos temas relacionados de consentimiento informado y cirugía pero no en pacientes neurológicos tratados en emergencia, por ejemplo:

1. Acea Nebril B. Los contenidos bioéticos en la revista Cirugía Española (1970-2000). Cirugía Española. 2001;69(4):380-5.

2. Sánchez Rodríguez K. Alessandrini González, R. Algunas consideraciones éticas sobre la cirugía plástica. Rev Cubana Cir. 2007; 46(4).

3. Castillo Yáñez P. Bioética y Cirugía. Rev Chilena Cir. 2003; 55(1):1-4.
4. Beas Sandoval L, Querol Sune J. El consentimiento informado en la práctica urológica. [CD-ROM]. Philadelphia: Saunders; 2003.
5. Guanche Garcell. H. Un análisis ético por la calidad de la atención médica quirúrgica Rev Cubana Cir. 2007;46(3).
6. García Gutiérrez AI, Pardo Gómez G, Morales Díaz Ignacio. Metodología de trabajo en Servicios de Cirugía General. Rev Cubana Cir. 005;44(2-3).
7. Hernández Quintana MC, Orta Castillo A, Martínez Ramos A, Rodríguez Vargas O. El consentimiento informado en anestesiología. Aspectos bioéticos. Rev Cubana Anestesiol Reanim. 2004; 3(1):22-3.
8. Reyes López M, Águila Lorenzo Y, Llanes del Campo H, et al. Consentimiento informado en pacientes sometidos a cirugía por mínimo acceso. Rev Cubana Enfermer. 2006;22(4).
9. etc.

Con respecto a tesis de post grado, realizadas por neurocirujanos peruanos hasta el momento, tampoco se encuentran, estudios relacionados a pacientes neurológico clínicos y quirúrgicos, en estado terminal con indicación de no reanimación y de limitación del esfuerzo terapéutico.

En nuestra facultad Medicina de San Fernando, iniciadora en nuestro país, de la Maestría en Bioética Internacional, hemos encontrado los siguientes títulos y sus autores, para la obtención de un grado de Maestría en Bioética, pero ninguno relacionado al motivo de nuestra investigación, ni de nuestro contenido:

1. Autor: Álvarez, Díaz, Jorge Alberto

Tesis: “Análisis bioético de las actitudes de los estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Ciudad de Juárez (UACI) ante la interrupción voluntaria del embarazo”.

2. Casanova Saldarriaga, Johnny Francisco

Tesis: “Conocimiento de los principios fundamentales de la bioética en los médicos de in hospital IV.”

3. Sogi Uematsu, Cecilia Graciela

Tesis: “Evaluación del aprendizaje de la ética médica en médicos residentes”.

4. Valle Mansilla, José Ignacio

Tesis: “Un programa educativo en Bioética para médicos residentes e internos del servicio de medicina en un hospital de Lima”.

5. Veliz Márquez, José

Tesis: "Validez y confiabilidad de un cuestionario sobre transgresiones ético-médicas".

6. Zavala Sarrio, Salomón Wilfredo

Tesis: "Formación ética de los internos de medicina 2003. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, estudio cualitativo".

2.4 Bases Teóricas

2.4.1 La Ética como Principio

Con la existencia del homo sapiens, sapiens se halla el principio de caridad, por lo tanto diferenciaban entre el “bien” y el “mal”. La palabra ética no existió en antiguas civilizaciones, ya que es de creación griega, pero en acto existió, pues es una forma práctica de vida y se constituyó como rama de la filosofía.

Con respecto a civilizaciones antiguas, en el imperio medio de Egipto, se ha hallado una referencia interesante en el papiro denominado “La Sabiduría de Anu”, donde está escrita una norma principal: “No hagas aquello de lo que tu madre pudiera avergonzarse y reprochártelo ni nada que le haga elevar su mano a Dios porque el oír sus ruegos”. En Mesopotamia dieciocho siglos antes de Cristo, existe el conocido Código de Hammurabi, que contenía reglas que ningún rey podía cambiarlas pues “Las leyes escritas en piedra son inmutables”. Israel estuvo gobernado por reglas morales subordinadas a dios, como el Torah y el Decálogo de Moisés. En la cultura Persa, existió el Mazdeísmo de Zoroastro que fundamentó el monoteísmo de futuras religiones como el judaísmo, el cristianismo y el Islamismo. En la India, Siddharta Gautama, enseñó las cuatro verdades relacionadas al sufrimiento y para evitarlas, era importante seguir el camino recto de la vida y en la China el Taoísmo de Lao Tse, enseñó que la vida sencilla descarta la ganancia, disminuye el egoísmo y reduce los deseos.

Es importante tener en cuenta que los pensamientos traspasan fronteras y siguen al tiempo, de tal manera que nada es nuevo, pero si perfectible o por lo menos modificable.

En la antigua Grecia, los griegos creadores de la Ética, como término, porque las bases estaban sentadas en las antiguas civilizaciones, le da una connotación especial, la desligan de la religión. Uno de sus principales representantes es Sócrates, que consideraba que el hombre era bueno por naturaleza y que la causa de su maldad era su ignorancia, para Platón la justicia era la armonía entre los tres elementos del alma, el intelecto, la emoción y el deseo y Aristóteles propone una vida en el justo medio entre las virtudes y los vicios.

Afirmadas las bases de las buenas costumbres, la formación de los antiguos médicos, en Occidente, el pensamiento pitagórico y en Oriente, las enseñanzas taoístas de hace casi 2500 años sentaron las bases de una filosofía médica que afirmaba los principios de armonía y equilibrio, pues se consideraba que la salud y la felicidad representaban un equilibrio cósmico o una meta de armonía en la vida. La enfermedad era el resultado de algún desequilibrio y la función de la medicina era restituir el equilibrio o la armonía y aceptar y hacer entender las limitaciones de la *ars* médica, como fin natural de la intervención humana. Tanto Hipócrates como Sum Simiao recalcaron la importancia de los estudios filosóficos para el dominio de la medicina²⁹ y que se encuentra también en el “Tratado de medicina antigua”, escrito hacia el

²⁹ Osborn, Anne G.: *Neurorradiología Diagnostica*. Mosby-Doyma 1996.

año 440 a. C.

Desde los orígenes de la medicina occidental, la ética médica utilizó un criterio de carácter "*naturalista*", para discernir lo bueno de lo malo, hasta que la cultura medieval giró en torno a la idea de "orden", que abarcaba no solo a las cosas que solemos llamar naturales, sino también a los hombres, a la sociedad y a la historia, siendo el deber del médico "hacer el bien" al paciente y él aceptarlo, observándose una "moral de beneficencia", por lo que el médico, podía y debía proceder por ello, aún en contra del parecer del paciente, mostrándose así el "paternalismo", como indicación natural^{30,31,32}.

Todas las concepciones de los antiguos médicos, religiosos y filósofos han servido como base para la ética y moral que ha fundamentado el respeto a las obligaciones y derechos de los seres humanos.

³⁰ Cummins C. Moral responsibility and respect for autonomy: meeting the communitarian challenge. Kennedy Institute of Ethics Journal 2000 Dec; 10:4.

³¹ D'empaire G. Dilemas en la toma de decisiones en el paciente crítico. Programa regional de bioética para América Latina y el Caribe OPS / OMS Julio 1997; N° 4.

³² Drane J. El desafío de la equidad: una perspectiva. Bioética y cuidado de la salud: equidad, calidad, derechos. Programa regional de bioética OPS / OMS; 2000.

2.4.2 Antecedentes de la Bioética

En el siglo XVIII, el médico escocés John Gregory, tuvo relación con una empresa no científica, sin embargo mantuvo el interés por la práctica, exponiendo la responsabilidad médica, mediada por la ética y la filosofía, y escribió sobre la ética profesional de la medicina, basada en la responsabilidad “fiduciaria” del médico al paciente, llevando a otros investigadores a la reflexión en el trato de ellos.

En forma simple se ha tomado el término “fiduciario” de John Gregory, como refiriéndose a una persona en quien se confía de buena fe y se le encomienda bienes importantes, donde estaría su salud y que ejerce su autoridad para beneficio del enfermo. Sin embargo muchas veces utilizamos palabras que nos puede sonar bien o de lo contrario queremos utilizarlas para resaltar o adaptarlas a nuestro trabajo. ¿No estaremos confundiendo responsable y responsabilidad con fiduciario?

Examinaremos algunos términos de acuerdo a la definición de la Real Academia de la Lengua. El termino responsable es el “que está obligado a responder de algo o por alguien” y en su segunda acepción “Dicho de una persona: Que pone cuidado y atención en lo que hace o decide”, pero responsabilidad ya indica “Deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal” y también es el “Cargo u obligación moral que resulta para alguien del posible yerro en cosa o asunto determinado”, por lo tanto ser responsable,

no sería exactamente igual, que responsabilidad, ya que en este segundo término, ya se dio el error y hay una deuda de por medio, dando la impresión que, la persona responsable, es la que estaría a la expectativa de tener una responsabilidad, o sea cuando el acto ya ha sido consumado y el error podría haberse producido. Es cierto que estos términos pueden estar sujetos a la argumentación, de quien la sustente y de acuerdo a su interpretación, en lo que se incluye el significado de “fiduciario”, que tiene varias acepciones, por ejemplo como adjetivo, “depende del crédito y confianza que merezca”, en su segunda acepción: “Dicho de un negocio o de un contrato: Basado principalmente en la confianza entre las partes, que se ajustaría a una relación de tipo contractual”, por lo tanto es explícito que en la primera acepción podría ser la confianza del paciente al médico o el crédito que se pueda disponer del enfermo. Actualmente vemos que la medicina, está siendo llevada a la actividad empresarial, donde de por medio hay la relación del médico con el cliente como usuario, sin embargo la relación del médico con el enfermo, no es nueva y no comienza con la bioética, se inicia desde la relación del individuo que da el soporte físico y anímico desde los albores de la historia de la humanidad y que desde los inicios de la medicina está en el conocimiento brindado por el ars particular del médico, pero no debe ser visto el enfermo como una fuente económica, porque los honorarios que pudieran pagar, no pagaría nunca el devolverles la salud o la vida. De otro lado existen defensores de una relación contractual, que de alguna forma podrían estar beneficiando a terceros, por lo tanto dejo como planteamiento, ya que no es motivo del presente estudio, pero hay que tener en cuenta que Gregory trabajaba en una empresa no científica, de allí que

apelara a los actos fiduciarios, que se encontraría mejor en el pensamiento de la economía y del derecho, más que en lo deontológico, por lo cual recorro a la duda agustiniana, ya que nadie puede estar en la mente de otra persona y podría ser que Gregory lo vio como una relación entre el médico y el paciente como fórmula de un consentimiento por escrito o podría ser una relación de contrato con beneficio mutuo. Ubicándonos en el siglo XXI, preguntamos, si no es verdad que la mayoría de las atenciones médicas están asociadas a terceros como aseguradoras, oficinas de abogados, con una visión comercial.

De otro lado la mayoría de los estudiosos de la historia de la bioética, comienzan con Van Rensselaer Potter II, un bioquímico norteamericano, que en 1970, utilizó por primera vez el término “*bio-ethics*” en un artículo sobre “la ciencia de la supervivencia”^{33,34,35} y posteriormente en 1971 en su libro Bioética un “Puente al futuro”, eso es aceptable por su uso, pero ¿quién la origino y la utilizó por primera vez?

El término *Bio-Ethik*, le pertenece al alemán Fritz Jahr, que lo utilizó en 1927, en un artículo sobre la relación ética del ser humano con las plantas y los animales.³⁶

³³ Lolas, F. (2008). Bioethics and animal research: A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr. *Biol. Res.*, Santiago, 41(1), 119-123.

³⁴ Sass, H. M. (2007). Fritz Jahr's 1927 concept of bioethics. *Kennedy Inst Ethics J*, 17(4), Dec, 279-295.

³⁵ Goldim, J. R. (2009). Revisiting the beginning of bioethics: The contribution of Fritz Jahr (1927). *Perspect Biol Med*, Sum, 377-380.

³⁶ Hans-Martin Sass Kennedy Institute of Ethics Journal. Volume 17, Number 4, December 2007.

Otros han señalado al norteamericano André Hellegers como el primero en utilizar el término Bioética, en lo que luego sería el Instituto Kennedy de Ética, donde la definió.^{37,38,39} Primero que Hellegers fue un médico ginecólogo-obstetra, de origen holandés y falleció en 1979 en U.S.A., él utilizó el término Bioética atribuido a Van Rensselaer Potter II, para fundar el primer instituto universitario de Bioética, el Instituto Joseph y Rose Kennedy para el Estudio de la Reproducción Humana y Bioética, conocido como Instituto Kennedy de Bioética, inaugurado el 1 de octubre de 1971 y no en 1972, en la Universidad de Georgetown, sin embargo Hellegers se situó en el campo de Ética Médica continuando sus investigaciones, esta información es de acuerdo a la investigación obtenida en www.bioeticas.org › Quién es quién › Estados Unidos.

No debe dejarse de lado en la historia de la bioética el Hastings Center fundado en 1969 que con el Instituto Kennedy, mantuvo el debate entre la medicina y la filosofía, siendo la ética parte de ella y la extensa obra de Warren T. Reich que creó la Enciclopedia de bioética entre 1971 y 1978, y una edición totalmente revisada en cinco volúmenes entre 1990 y 1995, que se encuentra en el Instituto Kennedy de la Universidad Jesuita de Georgetown en los Estados Unidos, en la obra define a la Bioética como el

³⁷ Cecire, Blustein And Fleischman: Urban Bioethics. Kennedy Institute of Ethics Journal March 2000:10:1.

³⁸ Cuer P. Iniciación a la bioética. La salud y los derechos humanos, aspectos éticos y morales. OPS / OMS. Washington, D.C. 20037, E.U.A.1999:574.

³⁹ Cummins G. Moral responsibility and respect for autonomy: meeting the communitarian challenge. Kennedy institute of ethics. Journal Dec 2000:10:4.

"estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la salud, examinado a la luz de los valores y principios morales".⁴⁰

⁴⁰ Reich, W., Encyclopedia of Bioethics, Schuster, New York 1978.

2.4.3 Después de 1972

Cuando se quiere dar peso al porqué de la existencia de algo, se puede buscar cientos de casos que sumen a favor, en este caso a la aparición de la bioética, desde lo que nadie pensó, hasta después de su creación y que se han puesto como base sustentadora, como por ejemplo, en el año 1962, en Seattle-Washington, decidieron crear un comité no médico con el objetivo de decidir qué enfermos en forma preferente se beneficiarían de una reciente máquina de hemodiálisis, surgiendo una serie de preguntas, entre ellas el porqué de la exclusión de los médicos. Otros como el código de Nuremberg de 1948, el caso Tuskegee y muchos casos antes y después de 1972, año en que se promulga en U.S.A. la Carta de los Derechos de los Enfermos, es que los enfermos no tenían derechos, que consideramos intrínseca en la conciencia ética y el comportamiento adecuado en la tradición médica, sin embargo la ley va en todas las direcciones posibles, y las cartas de los derechos de los médicos no se dejó esperar y por supuesto los arbitrajes y también todos aquellos interesados en conflictos y que solo ellos pueden definir, porque al parecer son los únicos que pueden “interpretar”, por lo tanto hay que reforzar el bien en la formación médica y hacer conocer la importancia de ello, para evitar los problemas en la relación del médico no solo con los enfermos, sino con la familia y la sociedad, por lo tanto “el hecho que se gane un juicio, no significa que la justicia haya triunfado”⁴¹

La mayoría de los autores que hemos revisado como una copia que

⁴¹ Puma Romero, Manuel: *Saliendo de la Caverna*. Libro en ejecución.

transcribo: “Uno de los factores principales en la transición hacia la bioética fue la crisis del concepto paternalista de beneficencia médica heredado de la tradición hipocrática”, “consideran que el médico ya no puede imponerse ni siquiera benevolentemente al paciente, sino que éste ha de ser informado, para que pueda ejercer sus irrenunciables derechos de autonomía y pueda conceder el consentimiento a los tratamientos”, es extraño la gran fractura que se produce en el comportamiento hipocrático, pues es la base del mismo juramento que nosotros los médicos profesamos. Se aduce “paternalismo” médico y a ejercer una “autonomía” por parte del enfermo, sujeto a ser repensado, ya que los que evaluaron esta situación no eran médicos y los “médicos” que la apoyaron probablemente consideraron que en nada les crearía problemas, que ahora observamos y los médicos frente al error y a la inadecuada respuesta de la naturaleza del enfermo frente a algún tipo de manejo o tratamiento, los médicos que se encuentran en esta circunstancias antes de ser juzgado, son etiquetados de “negligentes” y de “mala práctica”, difundido por muchos medios de comunicación, sin haberse conocido la realidad y de otro lado el enfermo que puede ser sujeto de investigación, considerando que el tratamiento que se le da es para su beneficio y no hay necesidad de que lo sepa todo o muchas veces no pueda decidir por no haber sido informado.

El 12 de julio de 1974, el Presidente de los Estados Unidos, firmó un proyecto denominado “Ley Nacional para la Investigación Científica”, creándose una comisión encargada de estudiar las cuestiones éticas, relativas a la investigación científica en los campos de la biomedicina y de

las ciencias de la conducta, cuatro años más tarde, se publicó el Informe Belmont, identificando los principios generales de respeto por las personas, a través de la beneficencia y la justicia^{42,43}, un año después Tom Beauchamp y James Franklin Childress, dos filósofos, el primero con fundamentos en Hume, en la historia de la filosofía moderna y en la ética biomédica y ética de los negocios, y el segundo es un teólogo especializado en ética biomédica, profesor de Ética en el Departamento de Estudios Religiosos de la Universidad de Virginia y autor de varias obras que destaca, el "Paternalismo en cuidados de salud", ambos formularon la llamada "teoría de los cuatro principios", que ya no se limitaban al ámbito de la investigación sino a toda la actividad biomédica^{44,45}.

La propuesta de Beauchamp y Childress en 1979, desarrolló los principios enunciados por la Comisión Nacional en el Informe Belmont, de acuerdo a ese informe, el principio de respeto a las personas se apoyaba en dos convicciones morales fundamentales, primero: se debe tratar a las personas como agentes autónomas y segundo: se deben tutelar los derechos de las personas cuya autonomía esta disminuida. Desprendiéndose dos obligaciones morales: primero el reconocimiento de la autonomía ajena y

⁴² Castaño R. Medicina, etica y reformas a la salud: Hacia un nuevo contrato social con la profesión médica. 2º Edicion ECOE; 2000.

⁴³ Cecire, Blustein And Fleischman: Urban Bioethics. Kennedy Institute of Ethics Journal March 2000:10:1.

⁴⁴ Mainetty J.: calidad de la atencion de la salud y los derechos del paciente: entre la evidencia y la autonomia. Bioética y cuidado de la salud: equidad, calidad, derechos. Programa Regional de Bioética OPS / OMS. 2000.

⁴⁵ McCullough L. Laying Medicine open: Understanding mayor turning points in the history of medical ethics. Kennedy Institute of Ethics Journal. Volume. March 1999:09:1.

segundo la protección de las personas cuya autonomía está comprometida.

El reconocimiento de la autonomía ajena implica que las opciones de las personas autónomas se deben respetar, siempre y cuando no lesionen la autonomía y los derechos de terceras personas. El principio de beneficencia incluiría tanto la obligación de no hacer el mal o sea la no maleficencia, como la de promover el bien ajeno, entendiéndose por justicia, desde la perspectiva de la justicia distributiva.

2.4.4 Orígenes del Principio de Autonomía

Este principio tiene sus orígenes en la filosofía moral. Tres podrían ser las fuentes, la primera fuente podría encontrarse en la obra “Segundo Tratado en Gobierno”, de Locke, donde se afirma que el hombre es libre e igual, por naturaleza, y, por lo tanto, nadie tiene soberanía sobre otro, si no es a través de un contrato social suscrito libremente. Los argumentos de Locke dieron lugar a la noción de los "derechos negativos", que son aquellos que tiene una persona a que, otros no intervengan en sus asuntos. Esos derechos negativos han llegado a ser para mucha, gente la base de la democracia liberal.

El segundo derecho moral filosófico se expone en la obra “Fundamento para las Metafísicas Morales” de Kant, se afirma que la libertad es esencial para toda moralidad, que es idéntica a la autonomía y que es "la base de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional". Kant une la idea de un ser racional con la dignidad del siguiente modo: "(. ..) el propio ser racional debe ser la base de todas las máximas de acción, nunca únicamente como un medio, sino, como una condición suprema que restringe el uso de todos los medios, es decir, siempre como un " fin ". "Y la dignidad del hombre consiste, precisamente en su capacidad de formular leyes universales, aunque solo con la condición de ceñirse a las que él mismo formula".

Una tercera fuente del derecho moral a la autonomía es el ensayo “En

Libertad” de John S. Mill⁴⁶, se afirma que la única restricción a la libertad es el daño a los demás, no el daño a uno mismo. Esta última noción, unida a la idea de los derechos negativos de Locke, constituye el principal eslabón entre la noción filosófica de autonomía y la noción legal de intimidad.

Si quisiéramos resumir el valor de los cuatro principios de la bioética, podemos hallarlo en la justicia, sin embargo la importancia del uso de los cuatro principios, radica en el momento de su aplicación, especialmente cuando alguien tiene la responsabilidad de decidir, debiendo sobreponer lo justo sobre lo emotivo, dentro de un marco ético y deontológico, yendo más allá de lo considerado bueno y malo. Por lo tanto esa valoración va de acuerdo a las circunstancias, debiendo ser respetada la autonomía de las partes, cuando tienen que decidir algo, especialmente por el rol que les toca, como es el caso de los responsables que tienen que subrogar a un paciente, en este caso de un enfermo terminal neurológico clínico y quirúrgico, con diferentes ángulos de visión o de diferente rol, como de ser el neurocirujano tratante e informante del estado del paciente o de ser el familiar del enfermo que subroga y finalmente, saber nuestros deseos en un futuro, donde podríamos ser el enfermo de acuerdo a la investigación que seguimos.

Los neurocirujanos y los médicos en general, son los responsable del manejo terapéutico del enfermo, debe ser en todo momento los asesores de los familiares del subrogado, debiendo informar no solo con veracidad, sino

⁴⁶ Harris John: The concept of the person and value of life. Kennedy Institute of Ethics Journal Dec 1999:09:4.

que debe buscar todas las formas, para ser entendido y poder responder las preguntas que le son formuladas, para que los responsables, puedan tomar una decisión, que posteriormente no genere controversias, tomando en cuenta que las palabras no escritas, generalmente están validadas en base a la honorabilidad, de ser consciente de haber explicado y haber sido entendido y de la otra parte de aceptar que han recibido la información adecuada y que han entendido, por lo que debe existir un documento firmado por ambas partes del conocimiento aceptado, para lo cual debemos tomar conciencia que dicho documento debe ser formulado por el neurocirujano o el médico tratante en presencia de los enfermos o de los que subrogan y firmado el acuerdo en el mismo instante.

2.4.5 El Manejo Quirúrgico a través del Tiempo

La historia de la medicina y la cirugía es tan antigua como la vida del hombre sobre la tierra, pero la historia de las enfermedades es mucha más antigua. Podemos decir que las enfermedades de índole quirúrgicas, como la respuesta a este tipo de tratamiento tienen antigüedad similar a la historia humana. Las diferentes enfermedades como tumores, infecciones, traumatismos, anomalías congénitas, etc., han existido y han perdurado sin cambio.

Ackerknecht, escribió ampliamente sobre medicina primitiva, insistiendo en que la cirugía no se definió como un campo especial, pero que sin embargo mucho del tratamiento médico correspondería a un manejo quirúrgico. Los cirujanos que trataban las heridas e intentaban yugular las hemorragias, realizaban trepanación craneana tal vez también por motivos rituales para liberar los demonios. Un punto importante a tener en cuenta en la limitación de los antiguos cirujanos, era el desconocimiento de la anatomía, sin embargo tenían conocimiento sobre la naturaleza que también sabe curar por derecho propio.

En la antigüedad griega y romana el cirujano existía como especialista, pero solo cuando la dieta y las drogas no habían logrado efecto o su presencia era requerida cuando existía la presencia de lesiones. Alrededor de 400 años a. C., existe una obra médica llamada "Sobre Cirugía", considerado muy importante en la antigua Grecia y ha sido atribuido a Hipócrates; gran

parte de la obra se relaciona con vendajes de diversos tipos para lesiones y el autor hipocrático escribía: "Los hechos relacionados con la cirugía son: el paciente, el operador, los ayudantes, los instrumentos; la luz, dónde y de qué manera; cuántas cosas y cómo, dónde el cuerpo y los instrumentos, el tiempo, la manera, el lugar", como pensamiento quirúrgico que ha perdurado, ya que continuamos similar, solo de forma reglada, buscando siempre lo mejor para el enfermo fundamentado en el conocimiento de la práctica, lo que lleva a dilucidar en las circunstancias de que si el enfermo no acepta lo mejor, nos preguntaríamos, por qué no darles lo mejor y por qué no recibir lo mejor, el problema es la evaluación final de haber tratado de dar solución al problema, si las cosas van bien en cualquier caso, es muy probable que el médico salga sancionado, por no haber respetado la autonomía del enfermo y si las cosas van mal el médico también sería sancionado por haber o no haber respetado dicha autonomía, atribuyéndose que los enfermos pueden no razonar bien, estas situaciones se dan en la práctica, llevando a muchos médicos hacer una medicina a la defensiva como sucedió en el ayer quirúrgico.

La historia de la Neurocirugía es muy reciente; apenas ha transcurrido menos de un siglo desde que comenzó el abordaje quirúrgico directo a las estructuras del sistema nervioso central. Gracias a la anestesia y a los métodos antisépticos y asépticos, el cirujano pudo entonces, abordar lugares de difícil acceso. A partir de 1880, se crearon los llamados Institutos de Investigaciones Neurológicas o del Cerebro, como lo de Flechsig en Leipzig, Obersteiner en Viena (1882), Monakov en Zurich (1886), Bechtereff en

Kazan (1886) y San Petersburgo (1907), Cajal en Madrid (1901), Edínger en Francfort (1902) Vogt en Berlín (1902) y Ariens-Kappers en Amsterdam (1909). Todos estos centros y otros posteriores participaron intensamente en el progreso de los conocimientos sobre las bases estructurales y fisiológicas del sistema nervioso.

Victor Horsley (1857-1916), en Londres, con una extensa formación neurofisiológica previa, y Fedor Krause (1856-1947), en Berlín, procedente del campo de la cirugía, realizaron un avance importante, pero en esa época sólo un pequeño número de cirujanos estaba interesado en la cirugía nerviosa en todo el mundo. Mc Ewen en Glasgow, Goodlee en Londres, Durante en Roma, Puussepp en Tartu (Estonia), Chipault en Francia y Keen en Norteamérica, ilustran la primera época de la actividad neuroquirúrgica. En las condiciones existentes entonces, los resultados terapéuticos generalmente eran malos, aunque estos pioneros estaban dotados de un enorme entusiasmo y una gran fe en sus técnicas. Pronto aprendieron que el tejido nervioso necesitaba una manipulación mucho más delicada y cuidadosa que otros órganos y sistemas. Además, la dependencia del neurólogo para establecer el diagnóstico, conducía frecuentemente a situaciones difíciles, cuando la lesión no se encontraba con la precisión deseada durante la intervención quirúrgica.

Harvey Cushing (1869 -1939), visitó algunos centros quirúrgicos de Europa, y al regresar a Baltimore se especializó en cirugía nerviosa. Los comienzos fueron duros y el material clínico escaso, esforzándose en la perfección del

diagnóstico neurológico y aplica una técnica quirúrgica lenta y meticulosa, recogida de su maestro Halsted, mejorando sus resultados.^{47,48,49,50}

La gran expansión neuroquirúrgica en los últimos años se ha manifestado no sólo en el mayor número de especialistas que trabajan en todo el mundo, sino también en las necesidades asistenciales que debe cubrir la moderna Neurocirugía. El acrecentamiento de la patología neuroquirúrgica es sorprendente, por el alarmante aumento en estos tiempos, de los traumatismos craneales y vertebromedulares, que ha condicionado la formación de centros de neurotrauma en muchos países, ocupando el primer lugar asistencial de la neurocirugía y sin embargo no se encuentra la solución de estos problemas, no por que no puedan realizarlos los especialistas, sino que el problema se inicia en la imprudencia del manejo de vehículos motorizados, provocando accidentes, por lo que el cambio radicaría en la prevención; luego tenemos las lesiones vasculares-cerebrales, como la ruptura de aneurismas arteriales y arterio-venosos, provocando hemorragias y colecciones intracraneales, siguiéndoles en frecuencia de atención en emergencia, los tumores cerebrales, así como la tendencia a tratar precozmente las malformaciones raquídeas y derivar el líquido céfalo-raquídeo, en las hidrocefalias, pero lo que trae mayor

⁴⁷ Plum, F., and Swanson, A.G. Central Neurogenic Hyperventilation in Man. Arch. Neurol. Psychiatry 81:535-549, 1959

⁴⁸ Polit- Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Editorial Interamericana, S. A. México. 1987

⁴⁹ Rao-Williams-Lee-Sherman. Resonancia Magnética y Tomografía Computarizada. Editorial Marban. 1994.

⁵⁰ Hass Hans-Martin: La Bioética: Fundamentos Filosóficos y Aplicación. Bioética, Temas y Perspectivas Publicación Científica N° 527. OPS / OMS . Washington, DC, EUA. 1990.

inestabilidad emocional en los familiares, es cuando su paciente, se encuentra con deterioro neurológico irreversible.

2.4.6 La Conciencia y los centros vitales

El “nudo vital” en la región del bulbo raquídeo y la formación reticular es una parte del sistema nervioso central que interviene en funciones vitales como la regulación respiratoria y la vasomotilidad, así como la actividad de la corteza y de los centros subcorticales, la coordinación del cerebelo, la actividad de las neuronas sensoriales y el ritmo de sueño y vigilia.^{51,52,53}

En nuestra experiencia, los enfermos con lesiones severas intracraneales, cuando sufren alteraciones del patrón cardiorespiratorio es porque el centro cardiorespiratorio, se encuentra comprometido, siendo sometidos muchas veces, a maniobras de reanimación, que en un principio fueron entendidas, como resucitación, debido a que las maniobras utilizadas eran una acción de volver a la vida, a enfermos en aparente estado de muerte.

La palabra resucitar viene de la palabra en latín *resuscitare*, que significa: volver la vida a un muerto y la medicina ha tomado como la acción de volver a la vida a los seres vivos en estado aparente de muerte. El uso adecuado para esta acción es la palabra reanimación, ya que reanimar es hacer que vuelva la actividad respiratoria o cardíaca normal de una persona asfixiada, ahogada, desmayada y con funciones vitales disminuidas.

⁵¹ Bean, J.W., and Becxman, D.L. Centrogenic Pulmonary Pathology In Mechanical Head Injury. 1. Appl. Physiol. 27:807- 812, 1969.

⁵² Birmayer and Pilleri: La Formacion Reticular y sus Relaciones con el Comportamiento Vegetativo-Afectivo. F. Hoffmann-La ROCHE y CIA., Basilea –Suiza 1967.

⁵³ Brain, R. The Physiological Basis of Consciousness. Brain 81:426-455, 1958. 23. Bremer, F. Cerebral hypnogenic centers. Ann. Neurol. 2:1-6, 1977.

Las lecciones aprendidas de la Primera Guerra Mundial pusieron de manifiesto los peligros potenciales de la hipotermia, y establecieron el enlace entre la acidosis y la hipotensión. En ese entonces había interrogantes relacionadas con el momento apropiado del tratamiento con líquidos. Cannon y colaboradores advirtieron que "la inyección de un líquido que incrementa la presión arterial entraña peligros por sí misma. La hemorragia en caso de choque puede no haber ocurrido en grado notable porque la presión ha sido demasiado baja y el flujo escaso lo suficiente para superar el obstáculo ofrecido por un coágulo. Si la presión se incrementa antes que el cirujano esté listo para detener la hemorragia, que puede estar ocurriendo, se perderá sangre enormemente necesaria en ese momento".^{54,55,56}

Históricamente, la discusión en el terreno del soporte vital en trauma ha sido muy activa, un problema divergente fue la oposición de dos tipos de recomendaciones, la primera consistía en recoger y trasladar a las víctimas sin demora alguna, aplicando algunas medidas de soporte vital generalmente limitadas a la apertura de la vía aérea con cierto grado de control cervical y la compresión de los focos externos de hemorragia y la segunda consistía en la aplicación de soporte vital avanzado en el mismo lugar del suceso, antes del traslado. Actualmente se está generalizando, que

⁵⁴ Henry Sharon y Scalea Thomas M. Reanimación en el Nuevo Milenio. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, Cuidados Traumatológicos en el Nuevo Milenio. Volumen 6 / 1999. Ed. McGraw – Hill Interamericana.

⁵⁵ Hernando Lorenzo A. et al. Soporte Vital y avanzado en Trauma. Plan Nacional de Resucitación Cardio-pulmonar. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. 2000. Editorial MASSON, S. A.

⁵⁶ Katzman, R., et al. Basic Neurochemistry, Ed. 3. Little, Brown and Company, Boston, 1980.

la morbimortalidad decrece cuando las intervenciones son aplicadas por personal entrenado, recomendándose la asistencia precoz in situ de los pacientes traumatizados y abandonar la actitud de “recoger y correr” salvo en el caso de heridas penetrantes en el tronco, donde el control quirúrgico de la hemorragia constituye la acción fundamental para asegurar un pronóstico favorable, teniendo en cuenta el soporte vital avanzado en trauma.

2.4.7 Criterios de Muerte

En 1968 con la elaboración de los criterios de Harvard, comenzó la historia para establecer criterios de la declaración de muerte, partiendo de la base, de que es posible hallar un cerebro dañado de forma irreversible en el interior de un cuerpo sano, que mantiene sus funciones vitales, pero de forma artificial, lo que trajo que se buscaran otros criterios para confirmar tal situación, por lo que se propuso la constatación de un EEG plano y un período de observación de 24 horas, durante el que no debían registrarse cambios, así como la exigencia de la ausencia de reflejos espinales, que actualmente son una excepción en las situaciones de muerte cerebral⁵⁷. Estas investigaciones condujeron a nuevos criterios como los de Minnesota, que proponen la exploración de la muerte cerebral a través de métodos clínicos exclusivamente sin que sean necesarias pruebas instrumentales y pudiendo prescindir del EEG, fue debido a los estudios de Mohandas y Chou, dos neurocirujanos que en 1971 sugirieron que pacientes con lesiones intracraneales irreparables, el daño irreversible del tronco cerebral constituía el punto sin posibilidad de retorno.^{58,59,60}

⁵⁷ Aso Escario José. Traumatismos Craneales. Aspectos Médico-Legales y Secuelas. 1999. Ed. Masson, S.A.

⁵⁸ Jennett, W.B. and Plum: The Persistent Vegetative State: A Syndrome in Search of a Name. Lancet 1:734- 737, 1972.

⁵⁹ Letarte Peter B. Cuidados Neurotraumatológicos en el nuevo milenio. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, Cuidados Traumatológicos en el Nuevo Milenio. Volumen 6 1999. Ed. McGraw – Hill Interamericana.

⁶⁰ McCullough Laurence B. Laying Medicine Open: Understanding Major Turning Points in the History of Medical Ethics. Kennedy Institute of Ethics Journal. Volume. 09 Number 1. March 1999.

En los años 1971-1972 el National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke , se impuso, por primera vez, la realización de estudios toxicológicos, añadiendo circunstancias excluyentes tales como el shock, la hipotermia, la intoxicación o cualquier otro trastorno primario supuestamente reversible. Las Asociaciones Americanas de Neurólogos y Neurocirujanos establecieron sus propios criterios en 1975,1976.

El Memorandum de la Conferencia de Reales Colegios de Médicos y sus Facultades en el Reino Unido estableció, en 1978-1979, que la muerte funcional permanente del tronco del encéfalo constituye la muerte cerebral y puede, además, determinarse a la cabecera del enfermo, sin necesidad de pruebas instrumentales.

En 1981, *President's Commission*, una comisión constituida al efecto, presentó sus resultados al Presidente Reagan sobre la consideración y criterios de muerte cerebral. En ella se establece una definición de muerte sobre la base del cese irreversible de las funciones cardio-respiratorias o cerebrales. Esta comisión sirvió de base a la llamada hipótesis del cerebro completo, según la cual para la consideración de muerte-cerebral debería constatarse el cese irreversible de las funciones del cerebro completo y no sólo del córtex cerebral o del tronco del encéfalo. En estos criterios se incluyeron, además de requisitos clínicos, estudios complementarios como EEG o pruebas de flujo con isótopos. Se requiere un conocimiento de la causa del coma, así como el mantenimiento de tal situación durante un tiempo suficiente. Deberá, además, haberse ensayado la terapia apropiada

sin que se hubiera modificado el estado del paciente. Igualmente se establecen condiciones particulares (intoxicaciones, alteraciones metabólicas, hipotermia, shock; edad infantil) en las que se recomienda especial precaución.^{61,62}

Por lo tanto para poder determinar la muerte cerebral, se deben seguir patrones establecidos, que deben ser de conocimiento de los familiares por explicación de los médicos, para que encuentren la decisión, que consideren más acertada, sin dejar de lado también, que debemos reconocer sus propias creencias y de un determinado pensamiento, que los ha gobernado durante su vida y sus concepciones sobre la muerte.

Cuando una persona está en una situación de paro cardiorrespiratorio, el ser humano busca todos los recursos para evitar el desenlace fatal, dándole el valor de lo que corresponde la vida, especialmente si de por medio están nuestros valores y nuestra profesión médica, que va más allá de lo bueno y de lo malo, que sin importar, edad, sexo, razas, credos, etc., tenemos que cumplir con la misión de preservar la vida, pero también debemos valorar la calidad de vida, para no precipitarnos en algo que podría producir problemas psicosociales irreversibles en la familia y la sociedad que rodea a un enfermo con lesiones neurológicas irreversibles. Por eso es importante el trabajo en equipo en emergencia, para unificar criterios en base a la ciencia

⁶¹ Miranda Canales Manuel: Responsabilidad Civil por Prestación Médico Asistencial. Curso Taller: Derechos de los usuarios y el acto médico. U.P.C.H. Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. Edición de circulación restringida. 2000

⁶² Puma Romero, Manuel: Contribución de la Tomografía Computarizada en el Diagnóstico de las Lesiones Vasculares. Tesis de Maestro en Medicina. U.P.C.H. Lima-Perú. 1986.

y la tecnología, llevándonos a tener el conocimiento de la etiología y el manejo del paro cardiorrespiratorio, basado en los criterios clínicos de pérdida de la conciencia, apnea y ausencia de pulso central, pudiendo ser revertido mediante maniobras básicas y avanzadas de reanimación cardiorrespiratoria, pero no solo son los criterios mencionados cuando vamos a enfrentar problemas de pensamiento de las personas que tratamos, sino también del equipo médico, especialmente cuando la respuesta del enfermo no es como la que esperábamos y nos encontramos en circunstancias que tenemos que sopesar cuando estamos frente a la posibilidad de no reanimar, ingresando a un estado de conflicto científicos, religiosos y emocionales especialmente por parte de la familia, por lo tanto es importante hacer un repensar previo y estar preparados para estos acontecimientos.

Abstenerse a la reanimación o de dar la indicación de no reanimar, pueden estar basadas en opiniones de sociedades o asociaciones científicas, pero también debemos entender que son opiniones, como por ejemplo, de acuerdo a la *American Heart Association* la evaluación científica ha demostrado que no hay criterios claros para predecir con seguridad la futilidad de una reanimación cardiorrespiratoria, por lo tanto es importante la revisión constante de los criterios de no reanimación, debiéndose tener en cuenta el escenario donde se ha desarrollado el paro cardiorrespiratorio, el tiempo que se tuvo que utilizar para la reanimación, etc., etc., para volver a intentarlo, si en caso se volviera a producir o si ya es considerado un enfermo neurológico terminal, existiendo entonces la situación de limitar el

esfuerzo terapéutico, donde no solo está la opinión del médico tratante sino de todo un equipo médico con la posibilidad de reconsideración, actuando como asesores de los familiares en la toma de decisiones.

2.4.8 El Consentimiento Informado y las Relaciones del Médico con el Enfermo, la Familia y la Sociedad.

En 1931 Sigerist escribió: "La interacción entre el médico y el paciente es una relación pura de persona a persona" y dicho enfoque interpersonal persistió en la sociología de este tema durante los siguientes cuarenta años, hasta que surgió un cuestionamiento reciente y radical.

Illich y Carlson en 1975, han declarado que la relación entre el médico y el paciente es irrelevante. De acuerdo a McKeown y MacLachlan, 1971 y Cochrane, 1972 se dice que es un modo ineficaz de cuidado personal, o más concretamente, la crítica que se le hace es que no influye significativamente en los indicadores de salud más importantes tales como la mortalidad o la morbilidad. Fuchs 1974 y Wildavsky, 1977 consideran que como estructura organizativa, el encuentro voluntarista entre un doctor y un paciente individuales es considerado un anacronismo, demasiado costoso e ineficiente. Rosen, 1976 y McKinlay, 1977 argumentan que el médico es "lentamente proletarizado", y Reeder, 1972 piensa que los pacientes son colectivizados en un movimiento consumista. Aun así, la perspectiva interpersonal se resiste tenazmente a desaparecer, extrayendo una vitalidad continua de fuentes tan diferentes como Freidson (1975) y McOermott (1976). A pesar de que se incrementa el uso de la medicina para ilustrar teorías macrosociológicas de acuerdo a Navarro, 1976; Prentice-Hall, 1979. Waitzkin y Waterman, 1974, (Según Rosenstock, 1966; Becker y Maiman,

1975; Alpert et al., 1976 la psicología social cuantitativa es revivida por un grupo híbrido de científicos sociales y médicos de la salud pública.⁶³

El problema de la relación del médico con el enfermo ha atraído múltiples estudios y análisis sociológicos, aumentando la bibliografía que incluye nombres de los más distinguidos sociólogos, utilizando este problema específico en los últimos setenta años para ilustrar los principales paradigmas teóricos: estructural-funcionalismo, teoría del conflicto y el neomarxismo, concomitantemente los hechos sociales fundamentales acerca de la medicina fueron cambiando, en los aspectos tecnológicos, en la organización, en el costo, en la proporción de la fuerza de trabajo entre los profesionales y la población-cliente. En el caso de la sociología el término "profesional o especialista médico" es un vocablo genérico que no solamente implica al médico, sin embargo para la sociología el papel del médico ha sido la pieza central de la relación terapéutica. Algunos otros roles de ayuda como la enfermera, la trabajadora social y varios "profesionales de la salud aliados", recibieron atención, pero históricamente el terapeuta profesional y la medicina vista como la profesión prototípica, es lo que más ha interesado al sociólogo.

Pero nos seguimos preocupando al respecto, si estos investigadores solo vieron al enfermo en estado de vigilia y entonces si podría darse la relación médico – enfermo, pero sucede que no siempre es así, porque puede estar en estado de coma, por lo tanto tendrían que ver otras expectativas de

⁶³ Carse, James P. La Muerte y Existencia. Una Historia Conceptual de la Mortalidad Humana. Fondo de Cultura Económica. México. 1987.

relación en sus estudios, pues el problema podría ser de relación inmediata con el enfermo, pero también hay responsabilidad en la familia y en la sociedad, para que se pueda ejercer una medicina adecuada.

Consideremos la actuación del enfermo, que en estado de vigilancia, toma una decisión, debe entonces, haber actuado en forma autónoma y competente, pero estos requisitos no se cumplirán si el paciente se encuentra con una enfermedad que lo haya debilitado física y anímicamente o porque es un niño o un menor de edad, o porque puede ser un paciente con alteración grave de la conciencia, impidiéndole ser competente para actuar autónomamente y por lo tanto será subrogado.

La decisión que se tome en relación a una intervención médica o quirúrgica, se basa también en la información que haya recibido, sea esta oral, escrita o ambas; no existiendo en nuestro país un modelo escrito de consentimiento informado de uso general como el que proponemos, que proporcione una información adecuada en situaciones de urgencias neuro-quirúrgicas, variando por lo tanto el significado del consentimiento del paciente de acuerdo a cada hospital , clínica o centro médico y de acuerdo a las acciones de cada especialista.

La información que se le brinde a un paciente, podría darse en la situación de investigación de una enfermedad o en una situación de decisión terapéutica, entonces él medico actuara con una conducta ética en que el principio de beneficencia está presente, de tal manera que evitara molestias

anímicas al paciente; pero también podría actuar con respeto de la autonomía del paciente, dándole toda la información necesaria para que tome una decisión.

Una manifestación de aceptación o rechazo es un ejercicio de la autonomía, para lo cual es importante la información que se le dé al paciente, y también que el paciente entienda sobre su enfermedad, pronóstico y opciones de tratamiento. Pero en el caso de ausencia total de autonomía del paciente, en la práctica médica quienes podrían ejercer un paternalismo serían los familiares y no solo el médico.

La calidad de la información es importante en el caso que se dé a un paciente, como al familiar responsable, a quienes se les solicitara firmar en señal de aceptación luego de que hayan recibido la explicación adecuada. Los pacientes y/o los familiares que leen estos formatos impresos, no pueden recordar todo lo informado, debido a diversos factores, como los cambios anímicos que pudieran atravesar y pudieran considerar que no se les ha dicho lo necesario o nada ya que recibieron toda la información oral, pero que no estaba escrita o de lo contrario no recibieron una copia de lo firmado. Para que el acto de consentir sea una manifestación de autonomía, es necesario que el paciente o el familiar que subroga, conozcan, comprenda su enfermedad o la enfermedad del paciente, así como las alternativas terapéuticas y los riesgos que estas conllevan.

Hemos observado en la práctica médica, que la información por escrito es un

documento legal para evitar problemas posteriores, ya que el paciente y la familia conocían qué problemas y que complicaciones podrían tener y que firmaron dicho consentimiento informado por escrito, sin embargo en la mayoría de las veces están a la espera de los resultados para realizar sus denuncias, antes de buscar explicaciones, que el médico debería haber dado.

Queremos dejar a la reflexión ya que no es motivo de la presente tesis, si el consentimiento informado y la bioética tienen el mismo punto de origen o de interpretación, pues antes la palabra del médico era parte de una actitud que iba a beneficiar al enfermo, ¿acaso no se desea que los seres humanos se preocupen por otros?, especialmente ¿si no pueden decidir por desconocimiento o por que no puedan hacerlo? Habría que colocar en la balanza la autonomía y la responsabilidad, entonces por qué cuando una persona intenta suicidarse, la policía o los bomberos o cualquier persona de buenas costumbres intenta salvarlo, por qué no se recurre a su autonomía o es que en ese caso se supone que el enfermo está pasando por un momento que no está pensando adecuadamente. En el caso es que alguien intente saltar al vacío y el que actúa socorriendo, también podría caer, acaso ha habido alguna vez sanción para este enfermo que ha puesto en riesgo su vida y de los demás o es que ¿solo tienen derechos una parte de los actores?

Luego, en una investigación, la mayoría de los estudiosos, ligan la bioética, con el consentimiento informado, especialmente si se hace el estudio correlativo de sus orígenes, entonces debemos preguntarnos si el

consentimiento informado ¿no tiene bases, eminentemente de jurisprudencia más que éticos?, que puedan interesar especialmente a terceros, sino deberíamos analizar, el Caso Schloendorff versus Society of New York Hospitals en 1914, en que el juez B. Cardozo emite una sentencia sobre “el derecho de autodeterminación de los pacientes”, o el caso Salgo versus Leland Stanford Jr. University of Trustees, en 1957, introduciéndose por primera vez el término “consentimiento informado”, en la jurisprudencia norteamericana y no creemos que lo haya introducido un médico, pues la relación del médico con el enfermo y la familia, siempre ha sido de confianza, que algunos han interpretado como “fideicomiso”, que hemos explicado anteriormente.

En una concepción epistemológica, debemos tomar en cuenta la agresión preconcebida como el acto de los médicos nazis contra los judíos que los llevó a promulgar en 1948 el Código de Nüremberg y otra cosa que debería reinterpretarse en el *errare humanum est* en el acto médico, sin exclusión de la sanción, pero que debería tomarse en cuenta la respuesta inesperada de la *physis del enfermo*, siempre que se haya actuado sin intención o maleficencia que particularmente, pienso que los médicos no estudian para hacer daño a nadie, sin embargo frente a un erro o falla o mala respuesta del enfermo, un prejuizgamiento apresurado de aquellos que no tienen la responsabilidad de ser jueces, pueden llevar al desprestigio de los médicos que enfrentan tales problemas trayendo de paso el sufrimiento de sus familias y en circunstancias equivocadas siempre existe la posibilidad que “El ganar un juicio no significa que la justicia haya triunfado”.

2.4.9 El Consentimiento Informado en Emergencia y en situaciones de Emergencia.

Como hemos mencionado anteriormente el título de mi tesis es: “El Consentimiento Informado en las Emergencias Neuroquirúrgicas: La indicación de No reanimar y Limitar el Esfuerzo Terapéutico”, por lo tanto es importante enfatizar a través de definiciones lo siguiente:

“Consentimiento deriva del latín consensus, que proviene de los términos cum sentire (“sentir con”), lo cual supone un acuerdo de dos o más voluntades sobre un mismo tema. Por ello se puede definir al consentimiento informado como: una manifestación voluntaria, libre y racional realizada por un paciente, de aceptación a un tratamiento que se le ha indicado como el más pertinente, luego de haber sido informado del mismo y de habersele respondido todas sus dudas de manera adecuada y suficiente”⁶⁴

Pero que sucede con aquellas personas que están limitadas a determinar su futuro; el problema del paternalismo, así como las decisiones de los médicos dejaron históricamente el recuerdo que los enfermos y responsables de ellos no tenían poder de decidir. Sin embargo, cuánto conocemos sobre sus decisiones, en realidad muy poco, porque recientemente en el mundo se está tomando con interés la voluntad adelantada de las personas. Por lo tanto voy a enfatizar los siguientes puntos, pues evitara a muchas personas y a iniciados de la medicina, por desconocimiento entrar en problemas éticos y jurídicos.

⁶⁴ GHERSI, Carlos A. “Derecho de los Pacientes al Servicio de Salud”, p.161; Ed.: Ediciones Jurídicas Cuyo, Mendoza, 1998.

1° No es objetivo de nuestra investigación, la valoración de un Consentimiento en Situaciones de Emergencia, pero si en Emergencias Neuroquirúrgicas. Para eso es importante conocer las definiciones dispuestas y no pensar como algo establecido, opcional e inclusive prescindir del Consentimiento Informado en Emergencia, teniendo en cuenta que sobre el consentimiento Informado y el acto Médico está en constantes revisiones, pero también es importante como se ajusta estas revisiones y cambios a la norma o ley peruana, como pasamos a sustentar con la Norma técnica de los Servicios de emergencia de Hospitales del Sector Salud N° 042. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud 2004. Resolución Ministerial 20 Abril, 2006, que en la página 6 define:

- **Área de Emergencia.-** Es aquel ambiente dependiente de un Centro Hospitalario, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata. De acuerdo a su Nivel de Complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños.
- **Daño.-** Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el Servicio de Emergencia se clasifican de acuerdo a su prioridad:
 1. Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita Extrema
 2. Prioridad II Urgencia Mayor
 3. Prioridad III Urgencia Menor

4. Prioridad IV Patología Aguda Común

- **Situación de Emergencia.**- Alteración súbita y fortuita, que de no ser atendida de manera inmediata, pone a una persona en grave riesgo de perder la vida, puede conducir a la muerte o dejar secuelas invalidantes. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.

2º El respeto a los deberes y derechos es una situación de correspondencia entre el enfermo y el médico o los médicos, cuando el enfermo se encuentra en estado de vigilia y desea responder, o en la relación del médico con los familiares y/o responsables del enfermo que no puede decidir, por lo tanto debe existir la Información, teniendo en cuenta que no se debe confundir el proceso informativo y el concomitante ejercicio de voluntad del paciente, con el documento de consentimiento informado, que es una expresión con soporte escrito que resume dicho proceso ya que permite probar tal relación informativa y lo sustentamos con el pensamiento de Diego Gracia:

“Todo usuario de la salud tiene derecho a que el profesional le dé la información necesaria y suficiente para que él pueda hacerse una idea objetiva y correcta de su estado de salud y sea capaz de decidir libremente en su caso concreto sobre los procedimientos, y terapéuticas implica por otra parte el derecho a rechazar un tratamiento o procedimiento determinado”.⁶⁵

⁶⁵ Gracia Guillen Diego. Fundamentos de bioética: Editorial Eudema SA Madrid 1989.

3° El conocimiento y el privilegio terapéutico, no puede tomarse fácilmente a libre albedrío. Un neurocirujano puede realizar craneotomías en un enfermo, pero primero debemos saber, si está en Prioridad I, II, III o IV; por lo tanto no podemos operarlo sin advertir los riesgos que llevan dicha operación, el no hacerlo sería una irresponsabilidad. Es cierto que estando el enfermo en situación de emergencia, no vamos a salir corriendo a pedir permiso para realizar algún procedimiento invasivo, pero debemos informar.

Aunque no es objetivo de nuestra investigación el consentimiento informado para una determinada cirugía, es importante poner énfasis en que el consentimiento informado en situaciones de emergencia, puede y debe ser breve y escrito en la historia clínica y firmado o por lo menos dado a conocer de acuerdo a la circunstancias de cómo se encuentra el enfermo que pudiera estar grave pero en estado de vigilia o de lo contrario si no pudiera responder por sí mismo, sus familiares podrían hacerlo y en el caso de que el enfermo no tenga compañía o no desean decidir, se sigue procedimientos sin pérdida de tiempo, e inclusive conduciéndolo al quirófanos y/o manejando las cascadas bioquímicas que nos permita el tiempo de realizar lo necesario, para cumplir con nuestras obligaciones, como veremos más adelante.

"Nada más útil que una buena fundamentación, y nada más fundamental que un buen procedimiento"⁶⁶

⁶⁶ Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: EUDEMA, 1991.

Nuestro sustento está basado en el Código de Ética y deontología del Colegio Médico del Perú, que todos debemos conocer y cumplir. En el “Art. 41° dice: El médico tiene el deber de buscar los medios apropiados para asegurar el respeto a los derechos del paciente o su restablecimiento, en caso que éstos sean vulnerados. El médico tiene el deber de respetar y hacer respetar el derecho que tiene el paciente a que: d) Que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, antes de la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento.

La LEY N° 29414, establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. En el ítem 15.4 sobre el “Consentimiento Informado”, dice:

“a) A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones:

a. 1) En la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento así como su interrupción. Quedan exceptuadas del consentimiento informado las situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública. Punto que correlacionamos en la Ley General de Salud N° 26842, Título Segundo: De los deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de terceros.

Capítulo II: De los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

Artículo 40°.- Los establecimientos de salud y los servicios médicos de

apoyo tienen el deber de informar al paciente y sus familiares sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio, así como los aspectos esenciales vinculados con el acto médico. Ningún establecimiento de salud o servicio médico de apoyo podrá efectuar acciones que correspondan a actos que no hayan sido previamente autorizados por el paciente o por la persona llamada legalmente a hacerlo, si correspondiere, o estuviere impedido de hacerlo, de conformidad con lo que establece el reglamento de la presente ley. Se exceptúa de lo dispuesto en el párrafo precedente la atención de emergencia destinada a enfrentar la situación que pone en peligro inminente la vida o la salud del paciente”.

En este punto se está tomando en cuenta la situación de emergencia que debe tratarse con prontitud y también de los probables mecanismos de obstrucción que pudiera tener el médico tratante para poder realizar su deber. Sin embargo, es importante poner énfasis también en las Normas del MINSA / DGSP V.01: que son reguladas en los hospitales del país. Norma Técnica: de los Servicios de Emergencia de Hospitales del Sector Salud: Dirección General de Salud de las Personas - Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud – 2004 regula los procedimientos de la siguiente manera:

Junta Médica

- 8.2.22 En caso de indeterminación diagnóstica o discrepancia terapéutica médica o quirúrgica respecto a un paciente, el Médico

tratante solicitará una Junta Médica, haciendo de conocimiento del Jefe de Guardia.

- 8.2.23 La Junta Médica es presidida por el Jefe de Guardia, quien designa y convoca a los Médicos asistentes de las especialidades afines al caso.
- 8.2.24 La realización de la Junta Médica deberá quedar consignada en la Historia Clínica, registrándose: la fecha, hora, objetivo de la convocatoria, conclusiones y recomendaciones a seguir y la firma de todos los participantes.

Información

- 8.2.25 Los Servicios o áreas de Emergencia deben contar con normas definidas respecto al otorgamiento de información y visita de familiares, de acuerdo a las características climatológicas y culturales de la localidad. Deben estar publicadas y expuestas en lugares visibles, para conocimiento del paciente y familiares responsables o acompañantes, al ingreso del Servicio o área.
- 8.2.26 El paciente que se atiende en el Servicio o área de Emergencia tiene derecho a recibir información oportuna, previo a todo acto o procedimiento diagnóstico o terapéutico a realizarle. Si el paciente se encuentra inconsciente, es menor de edad o tiene problemas de salud que impidan la correcta toma de decisiones, la

información se pondrá en conocimiento del familiar directo ó representante legal.

- 8.2.27 El familiar directo o representante legal del paciente será informado por el Médico tratante o por el Jefe de Guardia acerca de la situación del paciente, inmediatamente después de la atención en cualquiera de las áreas del Servicio de Emergencia.
- 8.2.28 Para los pacientes hospitalizados en Sala de Observación, se fija como mínimo tres horarios por día para la información médica. Para los casos de pacientes críticos, la información al familiar directo o representante legal se realizará todas las veces que el caso lo amerite. El ingreso a la Sala de Observación del familiar responsable será en los horarios establecidos por el Centro Asistencial y de acuerdo al estado del paciente.
- 8.2.29 Si el paciente o representante legal no autoriza la realización de procedimientos o medidas terapéuticas que sean indispensables para la vida del paciente, el Jefe de Guardia notificará a la autoridad judicial competente.

El desconocimiento de las normas, leyes y procedimientos puede llevar a una serie de problemas éticos y jurídicos, por lo tanto es importante la actualización constante del profesional, especialmente si estamos a la cabecera del enfermo. En la línea deontológica, dentro de la ética, existe el

derecho comparado, para enfrentar situaciones contenciosas que se dan en los servicios de emergencia; como por ejemplo el estudio forense de Castellano Arroyo María⁶⁷, sobre lo que sucede en España y en la Comunidad Europea, donde los conceptos y actitudes éticas, deontológicas y jurídicas se van revalorando, como interpretamos en su trabajo denominado “Excepciones al deber del médico de informar y obtener el consentimiento”, dice lo siguiente:

En esta ley 41/2002 las excepciones a la obtención del consentimiento son las siguientes:

- Artículo 8:

“1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

⁶⁷ Castellano Arroyo María. La obtención del consentimiento informado en España: la asistencia urgente como excepción, doctrina del tribunal constitucional. Ciencia Forense. 9-10/2009-2010: 117-134

- Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.
 1. La renuncia del paciente a recibir información
 2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:
 - a) Cuando existe riesgo para la salud pública.
 - b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

.....También el Convenio de Bioética del Consejo de Europa considera adecuada la actuación asistencial sin consentimiento, indicando en su artículo 9: Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención no se encuentre en situación de expresar su voluntad”.

.....Respecto al Código de Deontología Médica (2011), dentro del Capítulo III. Relaciones del médico con sus pacientes, dice en el Artículo 13.... 3. El médico tomará decisiones que considere adecuadas cuando se dé una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible conseguir su consentimiento...”.

...“Esto nos pone en relación con el apartado siguiente, objeto de este artículo en el que consideramos la doctrina del Tribunal Constitucional respecto a la obtención del consentimiento en situaciones que se pueden considerar clínicamente como urgentes”.

EL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL ESPAÑOL Y EL CONSENTIMIENTO EN LAS INTERVENCIONES MÉDICAS URGENTES:

- La comentada creencia general de los médicos españoles de poder intervenir sin consentimiento del paciente y/o de los familiares en situaciones de urgencia se ha visto sobresaltada recientemente por la Sentencia 37/2011, de 28 de marzo (BOE Nº 101 de 28 de abril de 2011) de la Sala Segunda de Tribunal Constitucional.
- Por otro lado, la Sentencia de instancia justifica la omisión del consentimiento informado por la “urgencia relativa de la intervención”, mientras que la de apelación habla de la existencia de “riesgo vital” ante la situación que llevó a urgencias al actor.

Como hemos podido apreciar, en ese sentido, los médicos no podemos quedarnos detenidos en conceptos que están en revaloración constante. Hemos explicado el término emergencia y también de voluntad adelantada sobre el problema de un enfermo con daño neurológico irreversible, sujeto a NR y LET, lo que nos lleva a formular las siguientes preguntas: ¿somos los médicos lo que determinamos el continuar o no con la NR y LET? o ¿es

nuestro rol: asesorar a los que tienen que decidir?, aunque existan los criterios definidos de la aplicación de la RCP, es importante también conocer las definiciones de urgencias:

- Urgencia vital: se entiende que la vida del paciente corre riesgo o bien la posibilidad que se produzca una secuela funcional de gravedad.
- Urgencia percibida: aquella en la cual se percibe una urgencia pero que no es vital, es decir, no hay riesgo de vida.
- Urgencia relativa, que en este caso los especialistas concuerdan en que sí se trata de una urgencia que precisa una atención con carácter de preferente y urgente.

Conocedores por experiencia científica y técnica, que la Reanimación Cardio Pulmonar, está contraindicada en la evolución de una enfermedad irreversible, sin embargo, los enfermos conscientes y/o las personas responsables de ellos en situaciones que los tienen que subrogar, no lo saben, por lo tanto, tienen sus derechos de ser informados, para que ellos puedan decidir lo que consideren lo más adecuado de acuerdo a sus intereses ético, morales, religiosos, socio-económicos y de su propio pensamiento.

De allí, que nuestra tesis pone el acento en un grupo de personas que ahora están sanas y que en frente a dos situaciones de voluntad adelantada en el

caso de un enfermo con deterioro neurológico irreversible comprobado por clínica y por neuroimagenología, ya no se podría hacer nada por el enfermo de acuerdo a la ciencia y la tecnología actualizada y que ha sido utilizada en forma adecuada, entonces: ¿qué desearían aquellas personas sanas en la situación de enfermo o en la situación de quién subroga?, que persistan los médicos con la reanimación o decidan la No Reanimación y la Limitación del Esfuerzo Terapéutico; es una pregunta que tendremos que responder en un futuro, que puede ser ahora, sin embargo, estamos ¿todos estamos preparados para decidir?

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Tipos de estudio:

3.1.1 Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: Es un estudio de tipo descriptivo prospectivo.

3.1.2 Según el período y secuencia del estudio: Es un estudio de tipo transversal.

3.2. El Universo: La unidad de muestreo y el tamaño:

3.2.1 La muestra estuvo constituido por 251 personas mayores de edad de ambos sexos, de diferente nivel de estudios, social y cultural, que asistieron a los hospitales del MINSA y de las FFAA 2010-2012, en quienes se recolecto la información requerida para el estudio.

3.2.2 Proceso del muestreo

3.2.2.1 Definición de la población objetivo:

Hemos tomado como población objeto del estudio a los usuarios de los servicios de salud en los centros de

emergencia de los hospitales donde hemos laborado o sea del Hospital Central de la FAP, del Hospital FAP Las Palmas y de los hospitales San Bartolomé, Hospital de Collique y Hospital Dos de Mayo. Los usuarios fueron pacientes, profesionales, estudiantes y acompañantes de los enfermos.

3.2.2.2 Marco de muestreo:

Las unidades del muestreo fueron hombres y mujeres mayores de edad de diferente nivel académico o estudio es decir profesionales, estudiantes universitarios, trabajadores con oficio y amas de casa, personas que asisten y trabajan en los hospitales y que fueron usuarios académicos, acompañantes y pacientes de los servicios de emergencia de los hospitales en mención.

3.2.2.3 Clasificación:

Con respecto a la clasificación cada unidad fue numerada comenzando en 1 al 251, siguiendo un patrón previamente dispuesto de edad, sexo, actividad laboral, lugar de nacimiento, etc., tal como se encuentra en resultados y en la hoja patrón en anexos.

3.2.2.4. Determinación del tamaño de la muestra:

Como habíamos explicado anteriormente la muestra es de los usuarios a los servicios de los hospitales y hemos tomado como referencia el Plan Estratégico Institucional MINSA 2007 – 2011, Hospital de Emergencias, pagina 21 – Tabla N° 4, atención anual del Departamento de Neurocirugía: 1433 (100%) enfermos ambulatorios, de los cuales 242 (6.8%) fueron enfermos hospitalizados. Tomamos esta última referencia, pues son los enfermos con categoría de situación de emergencia o grado I, II de urgencias y con respecto a las instituciones armadas, nuestra atención es exclusiva para el personal militar y sus familiares, salvo de acuerdo al reglamento de atención de emergencia en caso de alguien no afiliado que lo requiera. En lo que corresponde a las atenciones de enfermos y usuarios en general al servicio de Emergencia del hospital de la FAP y el Hospital FAP Las Palmas es menor porcentaje, cifras que no son mostradas por ser una institución castrense.

3.2.2.5 Cálculo del tamaño de la muestra:

Nos basamos en la técnica de muestreo aleatorio simple, las fórmulas que utilizamos para su determinación fue de acuerdo a la población objetivo de la investigación, en este caso población finita:

$$n = \frac{Z^2 p.q.N}{Ne^2 + Z^2 p.q}$$

3.2.2.6. Nivel de confianza:

$Z = 1.96$ para un 95% de confianza que la hemos obtenido de la tabla de apoyo al cálculo del tamaño de una muestra por niveles de confianza que colocamos en nuestra investigación en forma resumida: Certeza (95%), Z (1.96) o nivel de confianza, p (0.5) o probabilidad a favor, q (0.5) o probabilidad en contra, N (242), e (0.05) error de estimación y n el tamaño de la muestra, $n = 149$.

3.2.2.7 Opinión de expertos investigadores:

El proyecto de nuestra investigación fue revisada por el Dr. Diego Gracia Guillen Médico Filósofo, el Dr. Fernando Cabieses Molina Médico Neurocirujano profesor de la U.N.M.S.M., el Dr. Arsenio Guzmán Jorquera, Filósofo, Profesor de Filosofía de Post Grado de la Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la U.N.M.S.M. y del Profesor Principal U.N.M.S.M. Emérito, Dr. Emilio Guija Poma, Químico Farmacéutico, investigador, quienes recomendaron la ejecución del proyecto de la tesis que incluía la encuesta.

3.2.2.8 Criterios sobre la investigación

En la presente investigación, hemos seguido ordenadamente en forma académica los parámetros estadísticos, utilizando la investigación por encuesta, que

consiste en establecer reglas que permitan acceder de forma científica a lo que las personas opinan.⁶⁸ Siguiendo estas características encontramos los tres aspectos básicos en que hemos centrado nuestra atención: el con quién, el con qué instrumento y el cómo.

En lo que correspondió a él con quién, la encuesta se ha realizado en sujetos mayores de edad; el instrumento de recolección de la información fue una encuesta de opinión con preguntas cerradas y el cómo, es que este test fue aplicado en un primer momento a 5 personas en 3 oportunidades separadas de 1 semana sin haberles advertido que iba ser así y obtuvimos las mismas respuestas como una prueba simple de validación y confiabilidad, que de acuerdo a George y Mallery (1995): la fiabilidad se relaciona con el hecho de que el instrumento de medición produzca los mismos resultados cada vez que sea administrado a la misma persona y en las mismas circunstancias.⁶⁹

Con respecto a la validación también se ha tomado en

⁶⁸ León, O. y Montero, I. Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en Psicología y Educación. Madrid: McGraw-Hill. 1993.

⁶⁹ George, D. y Mallery, P. (1995). SPSS/PC + Step by: A Simple Guide and Reference. Belmont, Wadsworth Publishing Company. Medina Brito, M.P. En Los Equipos Multiculturales en la Empresa Multinacional. Un Modelo Explicativo de sus Resultados. Capítulo 3. Tesis Doctoral. (2006).

cuenta que nada puede pertenecer a la clínica que antes no haya pasado por la investigación clínica, ni nada puede ser considerado clínico, ni por lo tanto diagnóstico, si antes no está validado, pues esta es la definición de la clínica de modo objetivo, conforme a los criterios de la “Medicina Basada en Pruebas o Evidencias”⁷⁰ De acuerdo a Archibald Hill que definió al hombre como “animal experimental” o sea en el doble sentido de experimentador y sujeto de experimentación, condujo a algunos investigadores verlo sólo desde el ángulo teórico o en una priori y en algunos otros a constituirlo en un ser biológico matemático que sólo podía ser explicado a través de soluciones matemáticas y no desde un punto verdaderamente integral donde es necesario la interpretación biológica y psicofísica, en los que intervienen factores, sociales, culturales, económicos y su propia naturaleza que explica que el ser humano es igual y diferente a los demás. En esta línea de investigación: “En la ética clínica se utilizan desde hace bastante años los arboles de decisión, aunque generalmente en forma simplificada, sin efectuar un cálculo detallado de probabilidades, uno de los primeros en utilizar este

⁷⁰ Gracia Diego, Profesión Médica, investigación y justicia sanitaria. Pag.78. 1º Edición 1998. Editorial El Búho LTDA, Santa Fe Bogotá, D.C.

procedimiento fue Howard Brody⁷¹, sin embargo, existe el modelo de David C. Thomasma⁷², que por su simplicidad, ha gozado de mayor aceptación, pues se trata de una sencilla lista que permite evaluar tanto los hechos como los valores presentes en el caso y decidir a la vista de todos ellos, que no dejan de lado la validación de la medicina basada en las evidencias y especialmente por los que manejan dichos problemas por sus especialidades.

3.3 Métodos e Instrumentos de recolección de datos:

3.3.1 El procedimiento para la recolección de datos ha sido la encuesta.

3.3.2 La estructura del cuestionario, fue un formulario impreso, que nos dio la ventaja de proporcionarnos en un periodo breve, información fácilmente de obtener, cuantificar, analizar e interpretar los datos, con un costo bajo, en un mayor número de personas

3.3.3 Consta de las siguientes partes:

⁷¹ Brody, H. Ethical Decisions in Medicine. Boston, Little Brown and Company, 1976. En Gracia Diego, Bioética Clínica. Pag.15. 1º Edición 1998. Editorial El Búho LTDA, Santa Fe Bogotá, D.C.

⁷² Thomasma, D.C. "Training in Medical Ethics: An Ethical Workup". Forum in Medicine 1978: 1:33-36. . En Gracia Diego, Bioética Clínica. Pag.15. 1º Edición 1998. Editorial El Búho LTDA, Santa Fe Bogotá, D.C.

- El Título: “El Consentimiento Informado en las Emergencias Neuro-quirúrgicas: La Indicación de No Reanimar y de Limitar el Esfuerzo terapéutico”
- Instrucciones a los encuestados:
 - Las instrucciones fueron dadas a través de una exposición en Power Point, donde se les explicó que la participación era de personas mayores de edad y de tipo anónimo.
 - Se le explicó un glosario de términos en forma sencilla y resolvimos sus preguntas.
 - Se les enseñó cómo llenar el cuestionario, el tiempo que debía utilizarse y la necesidad de confiabilidad de sus respuestas, ya que los resultados de la investigación sería de beneficio para muchas personas que en algún momento podrían estar en la situación como la mostrada.
- Identificación del encuestado: los encuestados llenaron los casilleros correspondientes a su edad y sexo sin incluir nombres ni apellidos.
- Identificación del cuestionario: Solo llevó la fecha de la realización, el lugar donde se realizó y la numeración correlativa.
- Identificación del encuestador: El suscrito.

- Cuerpo del cuestionario: Estuvo compuesto de tres partes:
 - La primera parte se refiere a la situación de un enfermo con daño neurológico irreversible confirmado por neuroimágenes, que recibió tratamiento médico-quirúrgico y no es tributario de manejo neuroquirúrgico y consultamos a los encuestados cuál sería su decisión en como voluntad adelantada en la condición de enfermo o quien subroga para decidir la NR y LET. Las preguntas utilizadas fueron:
 - P1: En el caso de voluntad adelantada, usted es el responsable que subroga, solicitaría a los médicos tratantes...
 - P2: En el caso de voluntad adelantada, usted es el enfermo, solicitaría a los médicos tratantes...
 - La segunda parte está en relación con la lectura de un formato de consentimiento informado y los encuestados decidirán también en una situación de voluntad anticipada si lo aceptarían o no.
 - P3: Considera que la información escrita protege solo..,
 - P4: En un caso factible que usted sea el que subroga y ha recibido la información, decidiría...
 - P5: En un caso factible, usted sea el enfermo...
 - La tercera parte está en relación a la encuesta en sí.
 - P6: Entendió el caso presentado:

- P7: Que sea difundido en los centros educativos
- P8: Debemos recibir una copia del consentimiento informado por escrito
- P9: Que el formato se generalice en los hospitales del país.

3.3.4 Utilizamos preguntas cerradas dicotómicas y cerradas politómicas o categorizadas de tipo excluyente, por cada ítem. Consideramos la ventaja y utilidad de este tipo de preguntas en nuestro estudio de acuerdo a diversos autores y por ser más usado (Cea, 1996), así mismo, Breakwell, Hammond y Fife-Shaw (1995) consideran que la exactitud de la respuesta tiene relación con lo razonable que le resulten las premisas al encuestado, por lo que no utilizamos la escala de Likert.

3.3.5 Validación y confiabilidad estadística del instrumento: Para evaluar la confiabilidad del instrumento se realizó un análisis de la confiabilidad inter-ítem con la prueba Alpha de Cronbach (Cronbach, 1951).⁷³⁻⁷⁴

$$\alpha = K / K - 1[1 - (\sum V_i / V_t)]$$

⁷³ An introduction to computing and interpreting Cronbach Coefficient Alpha in SAS Chong Ho Yu, Ph.D., Arizona State University, Tempe. En Alfonso Ávila Aguirre del Normal No. 1 de Toluca, fechado Noviembre 2004.

⁷⁴ Méndez Luz y González Mónica. Teaching strategies scale for meaningful learnings: Design and evaluation of its psychometric properties. Volumen 11, Número 3, Pág. 12, Año 2011, ISSN 1409-4703

Con respecto a la primera parte sobre las P1 y P2 se ha obtenido el resultado de $\alpha = 0.824$. Con respecto a la segunda parte, en relación a P3, P4 y P5, el Alfa de Cronbach fue 0.822 y con respecto a la tercera parte, en relación a las preguntas: P6, P7, P8 y P9, el Alfa de Cronbach es igual a 0.8113.

3.4 Exposición en Power Point por data show y motivación:

Se les explicó a los participantes, sobre la importancia de este trabajo, pero esta presentación previa tuvo una doble finalidad; primero el mantener los principios de ética entre el consultor y el consultado, especialmente en lo que respecta al principio de autonomía, ya que podrán decidir por ellos mismos en quedarse o no a la exposición y en segundo lugar de que el motivo de su participación es que al quedarse a colaborar con este ensayo, al dar respuestas reales o muy cercana a ellas viviendo situaciones virtuales a través de la proyección, llevándolos a adquirir una experiencia positiva pero innegablemente no deseable para su futuro que podría suceder.

3.5 Procesamiento y análisis de los datos:

Los datos fueron procesados utilizando sistemas de computación para la tabulación, donde se han ido registrando los datos conforme se han ido obteniendo a lo largo de la realización del estudio. Una vez que se concluyó

la recolección de los datos se elaboraron tablas estadísticas, por medio de la tabulación y el análisis.

3.5.1 Elaboración del plan de tabulación: Determinamos qué resultados de variables presentamos, así como las relaciones entre las variables, con la finalidad de responder al problema y objetivos que hemos planteado.

3.5.2 Elaboración del plan de análisis: Empleamos el análisis estadístico de los datos, hicimos a distribución de frecuencias y aplicamos el porcentaje para la determinación del cumplimiento de las funciones y análisis de las respuestas del cuestionario de la población estudiada. Analizamos la relación de los factores de la relación causa-efecto.

CAPITULO 4

RESULTADOS ESTADÍSTICOS

El tamaño muestral en nuestro estudio fue de 251 individuos de ambos sexos y su característica importante es de haber sido realizado en personas peruanas mayores de edad. El 75.3% de los encuestados fueron del sexo masculino y el 24.7% fueron del sexo femenino.

Con respecto a la edad, de acuerdo al programa SSPS 21, que “debido a la similitud entre las escalas de intervalo y razón, las reunió en un nuevo tipo de medida exclusivo del programa, denominada escala” y los 251 individuos validados y ninguno perdido.

TABLA N° 01

MEDIAS DE LA EDAD SEGÚN SEXO

SEXO	MEDIA	N	DESVIACIÓN TÍPICA	MÍNIMO	MÁXIMO	% DEL TOTAL DE N
MASCULINO	29.1164	189	10.61699	18.00	62.00	75.3%
FEMENINO	30.9677	62	11.11928	18.00	60.00	24.7%
TOTAL	29.5737	251	10.75051	18.00	62.00	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

La edad mínima fue de 18 años y la edad máxima de 62 años, con una media o promedio aritmético de la distribución de 29,60.

Luego de 18 a 29 años fueron 156 encuestados con un porcentaje de 62% y sujetos de 30 a 62 años fueron 95 con un porcentaje de 37.8%.

TABLA N° 02

ESTADO CIVIL SEGÚN SEXO

			SEXO		TOTAL
			MASCULINO	FEMENINO	
ESTADO CIVIL	VIUDO	N	1	0	1
		%	.5%	.0%	.4%
	SOLTERO	N	119	21	140
		%	63.0%	33.9%	55.8%
	CASADOS	N	57	38	95
		%	30.2%	61.3%	37.8%
	DIVORCIADO	N	1	0	1
		%	.5%	.0%	.4%
	CONVIVIENTES	N	11	3	14
		%	5.8%	4.8%	5.6%
TOTAL		N	189	62	251
		%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

Con respecto al estado civil de los 251 encuestados 140 (55.8%) fueron solteros, casados 95 (37.8%), convivencia o unión libre fueron 14 (5,6%) y un sujeto viudo y uno divorciado con el 0.4% respectivamente.

TABLA N° 03

LUGAR DE NACIMIENTO

		FRECUENCIA	%
NATURAL	AMAZONAS	3	1.2
	ANCASH	4	1.6
	APURÍMAC	1	.4
	AREQUIPA	13	5.2
	AYACUCHO	4	1.6
	CAJAMARCA	2	.8
	CHICLAYO	3	1.2
	CHINCHA	1	.4
	HUACHO	1	.4
	HUÁNUCO	2	.8
	HUANCAVELICA	2	.8
	HUANCAYO	1	.4
	ICA	8	3.2
	IQUITOS	1	.4
	JUNÍN	7	2.8
	LA LIBERTAD	4	1.6
	LAMBAYEQUE	11	4.4
	LIMA	170	67.7
	MADRE DE	2	.8
	MOQUEGUA	1	.4
	PASCO	1	.4
	PIURA	7	2.8
	PUNO	1	.4
	TACNA	1	.4
	TOTAL	251	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos

Con respecto al lugar de nacimiento la mayoría de los sujetos encuestados fueron de Lima en un número de 170 (67,7%) de los encuestados, siguiéndoles en número y porcentaje de Arequipa 13 (5,2%), Lambayeque 11 (4,4%), Ica 8 (3.2%), Piura y Junín 7 (2,8%) respectivamente, etc.

TABLA N° 04

RELIGIÓN

	FRECUENCIA	%
MORMÓN	1	,4
BUDISTA	2	,8
ADVENTISTA	3	1,2
ATEO	5	2,0
AGNÓSTICO	13	5,2
CATÓLICO	227	90,4
TOTAL	251	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Con respecto a la religión, la mayoría de los encuestados fueron católicos en un número de 227 (90,4%), agnósticos 13 (5,2%), ateos 5 (2.0%), adventistas 3 (1.2%), budistas 2 (0,8%) y mormón 1 (0,4%).

TABLA N° 05

OCUPACIÓN

	FRECUENCIA	%
TÉCNICO DE RADIOLOGÍA	2	,8
PROFESOR	3	1,2
MÚSICO	3	1,2
ALBAÑIL	3	1,2
CHOFER	4	1,6
EMPLEADO	4	1,6
TÉCNICO DE LABORATORIO	5	2,0
VIGILANTE	5	2,0
SU CASA	6	2,4
TÉCNICO DE ENFERMERÍA	12	4,8
OBSTETRA	14	5,6
INTERNO DE MEDICINA	17	6,8
MÉDICO	20	8,0
COMERCIANTE	27	10,8
MILITAR	30	12,0
ENFERMERA	39	15,5
ESTUDIANTE DE MEDICINA	57	22,7
TOTAL	251	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Con respecto a la ocupación, la mayoría fueron estudiantes de medicina en un número de 57 (22,7%), les siguió en número 39

enfermeras (15,5%), militares 30 (12,0%) y otras ocupaciones, lo que nos llevó a dividirlos por ocupaciones afines. Los tres tipos de ocupaciones en número y porcentaje fueron las siguientes, ocupación de salud 167 (66,5%) encuestados, otras ocupaciones 54 (21,5%) y militares 30 (12,0%). Lo separamos finalmente en civiles 221 (88,0%) y militares 30 (12,0%).

RESULTADOS DE LA ENCUESTA EN GENERAL

PRIMERA PARTE

DECISIÓN POR VOLUNTAD ADELANTADA EN EL ROL DE ENFERMO Y DE QUIEN SUBROGA

En un servicio de emergencias, se atiende a un paciente que puede haber sufrido un accidente o sufrir una enfermedad neurológica aguda de naturaleza quirúrgica. El neurocirujano informa a los familiares que el enfermo se encuentra en mal estado general, con funciones vitales (pulso, respiración, presión arterial y temperatura) inestables, presentó convulsiones, recibió tratamiento médico y quirúrgico en forma adecuada y oportuna de acuerdo a la ciencia y la tecnología actual, sin embargo, su evolución fue desfavorable y de mal pronóstico. El deterioro neurológico por las lesiones irreversibles fue confirmado por imágenes, por lo tanto la opinión actual del neurocirujano es que el enfermo no es sujeto de recibir tratamiento quirúrgico ya que no contribuiría en la mejoría del paciente y que de acuerdo a su evolución podría presentar paro cardiorrespiratorio, siendo de responsabilidad de su familiar que lo sustituye o del representante, la decisión de no reanimar y/o limitar el esfuerzo terapéutico.

RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS N° 01

		N	%
EN UN CASO FACTIBLE, QUE USTED SEA EL RESPONSABLE (SUBROGA), SOLICITARÍA LOS MÉDICOS TRATANTES QUE SU FAMILIAR.	DEBA SER REANIMADO	107	42.6%
	NO SEA REANIMADO, LO MANTENGAN CON LO NECESARIO Y CONFORTABLE, SIN EXTREMAR MEDIDAS	110	43.8%
	LE APLIQUEN LA EUTANASIA	10	4.0%
	NO RESPONDIERON	24	9.6%
EN CASO DE VOLUNTAD ADELANTADA, USTED ES EL ENFERMO, SOLICITARÍA QUE LOS MÉDICOS TRATANTES.	DEBA SER REANIMADO	52	20.7%
	NO SEA REANIMADO, LO MANTENGAN CON LO NECESARIO Y CONFORTABLE, SIN EXTREMAR MEDIDAS	104	41.4%
	LE APLIQUEN LA EUTANASIA	59	23.5%
	NO RESPONDIERON	36	14.3%
VÁLIDOS		251	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos

Sobre la primera pregunta: EN EL CASO DE VOLUNTAD ADELANTADA, USTED ES EL QUE SUBROGA, SOLICITARÍA A LOS MÉDICOS TRATANTES QUE SU FAMILIAR:

Respondieron que su familiar sea reanimado 107 (42,6%) personas, los que opinaron que no sea reanimado pero que lo mantengan con lo necesario y en estado confortable y sin extremar medidas fueron 110 (43,8%) personas, 10 (4,0%)

personas consideraron la opción de la eutanasia y no respondieron 24 (9,6%) personas.

Sobre la segunda pregunta: EN EL CASO DE VOLUNTAD ADELANTADA, DE SER EL ENFERMO, SOLICITARÍA QUE LOS MÉDICOS TRATANTES:

Que deba ser reanimado, respondieron 52 (20,7%) personas, los que opinaron que no sea reanimado pero que lo mantengan con lo necesario y en estado confortable y sin extremar medidas respondieron 104 (41,4%) personas, 59 (23,5%) de los encuestados consideraron la eutanasia y no respondieron 36 (14,3%) personas.

SEGUNDA PARTE

SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO VOLUNTAD ADELANTADA

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO INDICACIÓN DE NO REANIMACIÓN Y DE LIMITACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO

H.C. N° _____ Lugar _____ Fecha _____ Hora _____

Paciente (apellidos y nombres) _____, de (edad) _____, de sexo M – F
con DNI N° _____, domiciliado en _____

Diagnósticos: (CIE 10) _____ (CIE 10) _____

CIE 10) _____ (CIE 10) _____

ACTO DE SUBROGACIÓN (Representación)

Yo (representante) _____ de _____ años de edad, de sexo M - F

Con DNI N° _____, deja testimonio de haber recibido información del médico tratante, sobre el estado de salud del paciente _____, Mi (relación familiar) _____ que ahora represento.

Se me ha explicado en forma detallada el (los) diagnóstico (s) que sustentan el mal estado general y grave deterioro neurológico, en que se encuentra, debido al daño irreversible de las estructuras nerviosas intracraneales, confirmado por imágenes y que habiendo recibido tratamiento médico y/o quirúrgico adecuado y oportuno en base a la ciencia y la tecnología actual, sin respuesta en mejoría, siendo su pronóstico malo, con la posibilidad de que durante su evolución podría presentar paro cardíaco y/o respiratorio y que de insistir en el esfuerzo terapéutico, podría prolongar su mala calidad de vida, alargando el sufrimiento y la desesperanza de todos, y agotando los bienes materiales que podrían servir a otros seres humanos, con mejor oportunidad de ser restablecidos. Se nos ha informado además que recibirá los medios necesarios para mantenerlo (a) en un estado confortable hasta el momento final de la vida.

Autorizo al médico (cirujano) tratantes y a los miembros del equipo designados para su atención directa de cumplir nuestro deseo de LA INDICACIÓN DE NO REANIMACIÓN y DE LIMITACIÓN DE ESFUERZO TERAPÉUTICO

Fecha _____ Firma _____ H. Digital

Testigos

_____ Firma _____

edad ____ años, sexo M - F, DNI N° _____

_____ Firma _____

edad ____ años, sexo M - F, DNI N° _____

***En caso de negativa de firmar, será informado el Jefe de la Guardia de Emergencia, para que continúe, el conducto regular a la dirección del Hospital.**

**Firma y sello de la Junta Médica
(Médicos tratantes)**

ACTO DE REVOCACIÓN (anulación)

En la fecha _____ y hora _____, Yo (representante), _____

con DNI N° _____, Revoco el acuerdo anterior, bajo mi responsabilidad. Firma: _____

RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS N° 02

		N	%
CONSIDERA QUE LA INFORMACIÓN ESCRITA PROTEGE A	AMBOS	139	55.4%
	AL MEDICO	51	20.3%
	AL ENFERMO	37	14.7%
	A NADIE	24	9.6%
EN UN CASO FACTIBLE QUE USTED SEA EL QUE SUBROGA (SUSTITUYA O REPRESENTA AL ENFERMO Y HA RECIBIDO LA INFORMACIÓN, DECIDIRÍA LO SIGUIENTE	SI FIRMARÍA ,CULPARÍA A LOS MÉDICOS SI LE SUCEDIERA ALGO A MI FAMILIAR	56	22.3%
	SI FIRMARÍA ACEPTANDO MI RESPONSABILIDAD	79	31.5%
	NO FIRMARÍA, CULPARÍA A LOS MÉDICOS SI LE SUCEDE ALGO A MI FAMILIAR	37	14.7%
	NO FIRMARÍA, ESPERARÍA VER QUE SUCEDE	49	19.5%
	NO RESPONDE	30	12.0%
EN UN CASO FACTIBLE, USTED SEA EL ENFERMO DIRÍA LO SIGUIENTE.	SI FIRMARÍA ,CULPARÍA A LOS MÉDICOS SI LE SUCEDIERA ALGO A MI FAMILIAR	6	2.4%
	SI FIRMARÍA ACEPTANDO MI RESPONSABILIDAD	170	67.7%
	NO FIRMARÍA, CULPARÍA A LOS MÉDICOS SI LE SUCEDE ALGO A MI FAMILIAR	5	2.0%
	NO FIRMARÍA, ESPERARÍA VER QUE SUCEDE	34	13.5%
	NO RESPONDE	36	14.3%
VÁLIDOS		251	100.0%

Sobre la primera pregunta: CONSIDERA QUE LA INFORMACIÓN ESCRITA PROTEGE A:

Respondieron 139 (55,4%) personas que en ambos casos tanto al enfermo como al médico la información escrita los protegía;

51 (20,3%) personas respondieron que solo protegía al médico, 37 (14,7%) personas respondieron que solo protegían al enfermo y que no protegía a nadie 24 (9,6%) personas.

Con respecto a la segunda pregunta: EN EL CASO QUE USTED SEA EL QUE SUBROGA AL ENFERMO Y HA RECIBIDO LA INFORMACIÓN (ver primera parte), DECIDIRÍA LO SIGUIENTE:

56 (22,3%) Si firmarían, culparían a los médicos si le sucediera algo a su familiar; 79 (31,5%) personas Si firmarían, aceptando su responsabilidad; 37 (14,7%) personas No firmarían y culparían a los médicos si le sucediera algo a su familiar; 49 (19,5%) No firmarían y esperarían ver qué sucede. No respondieron 30 (12,0%) personas.

Con respecto a la tercera pregunta: EN UN CASO FUTURO QUE PODRÍA SER EL ENFERMO (ver primera parte), DECIDIRÍA LO SIGUIENTE:

6 (2,4%) personas Si firmarían y culparían a los médicos si le sucediera algo; 170 (67,7%) personas Si firmarían aceptando su responsabilidad; 5 (2,0%) No firmarían y culparían a los médicos si les sucediera algo; 34 (13,5%) personas No firmarían y esperarían ver qué sucede. No respondieron 36 (14,3%) personas.

TERCERA PARTE

SOBRE LA ENCUESTA Y EL FORMATO

RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS N° 03

MI OPINIÓN ES QUE:		N	%
ENTENDÍ EL CASO PRESENTADO.	SI	241	96.0%
	NO	10	4.0%
DEBEMOS RECIBIR UNA COPIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO	SI	251	100.0%
EL FORMATO, SE GENERALICE EN LOS HOSPITALES DEL PAÍS.	SI	248	98.8%
	NO	1	.4%
	NO CONTESTO	2	.8%
QUE EXISTA UN ACTO DE REVOCACIÓN	SI	229	91.2%
	NO	22	8.8%
VÁLIDOS		251	100.0%

Con respecto a la encuesta: MI OPINIÓN ES QUE:

241 (96%) personas entendieron el caso presentado y 10 (4,0%) no lo entendieron.

251 (100%) personas encuestadas, consideraron que se debe recibir una copia del consentimiento informado por escrito.

248 (98,8%) personas consideraron que el formato propuesto, se generalice en los hospitales del país, 1 (0,4%) persona considero que No y 2 (0,8%) no respondieron.

Finalmente 229 (91.2%) consideraron que debe existir un acto de revocación como el propuesto en el consentimiento informado y 22 (8.8%) personas opinaron que no se debía revocar.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

CORRELATO

Probablemente muchas personas no tengan conocimiento y la experiencia de cómo funciona un sistema de emergencia, donde existen criterios y protocolos de atención que clasifican a los enfermos en patología aguda y estados críticos de urgencia y emergencia.

Sin embargo, la atención en los servicios de emergencia es en forma inmediata. De otro lado, muchas veces no conocemos lo que piensa un enfermo ya que cada ser humano puede tener pensamiento diferente de acuerdo a su sentir y al momento donde se conjugan una serie de factores, considerando que su dolor podría ser de magnitud mortal, especialmente cuando no encuentran alivio, especialmente en ciertas experiencias como dolor pancreático, cólico renal, cefalea, etc., o por que consideran que una mejor forma de atención y especialmente de forma inmediata, se realiza en un servicio de emergencia, considerando que deben ser atendidos allí, aunque no sean pacientes clasificados en este rubro.

Los criterios de gravedad de atención en emergencia, son la patología aguda, las urgencias calificadas de menores y mayores, y las de gravedad súbita extrema, y aunque muchos pacientes probablemente correspondieron al primer criterio de la clasificación, sin embargo fueron atendidos en un

servicio de emergencia y no necesariamente en una *situación de emergencia* como ya hemos descrito. El problema se da cuando se trata de revertir la situación de enfermos de gravedad extrema, muchas veces sin éxito debido a la naturaleza de las lesiones orgánicas irreversibles que comprometen el sistema nervioso y que no son compatibles de manejos quirúrgicos y cuando en el proceso de la gravedad del enfermo presenta paro cardiorrespiratorio o se presume que pueda suceder, es muy importante mantener informados a los familiares y/o responsables del enfermo, conociendo por experiencia que dichos responsables, usualmente presentan diferentes respuestas de acuerdo a su pensamiento, conocimientos y creencias, de tal manera, que algunos familiares, prefieren tenerlos “vivos” y pero sobre todo “presentes” junto a ellos, como sucede en los casos de enfermos en estado vegetativo, e inclusive quieren su presencia aún en muerte cerebral.

CORRELATO DE LA PRIMERA PARTE:

- Con respecto a las opiniones en situaciones de voluntad adelantada, en la condición de ser responsable de un enfermo en estado terminal, respondieron 110 (43,8%) consultados que solicitarían a los médicos que su familiar no sea reanimado, pero que lo mantengan con lo necesario, en estado confortable y sin extremar medidas, sin embargo muy cercana a esa opinión 107 (42,6%) personas opinaron que su familiar sea reanimado y no desearon responder a la interrogante 24 (9,6%) de los encuestados y una minoría 10 (4.0%) considero solicitar la eutanasia.

Cuando estamos frente a pacientes terminales, algunos familiares pueden aferrarse a una situación extrema buscando que el enfermo no sufra y dejarlo ir o buscando aferrarse a su familiar buscando que no muera sin pensar lo que podría suceder posteriormente, por lo tanto es importante advertir que un enfermo terminal es un paciente con una enfermedad de naturaleza conocida, de evolución progresiva e irreversible, sin medidas terapéuticas curativas efectivas y con eminencia de muerte previsible en un tiempo determinado por lo tanto el objetivo terapéutico es solamente paliativo, que debe ser explicado por todo médico tratante a los familiares cuando están frente a estos problemas, evitando falsas esperanzas.

- Cuando se les consultó a los encuestados en una situación de voluntad adelantada de ser el enfermo, qué es lo que desearía, las

respuestas fueron las siguientes: 104 (41,4%) de las personas encuestadas opinaron no ser reanimados pero que lo mantengan con lo necesario y en estado confortable y sin extremar medidas, como en la situación anterior descrita, pero en la situación de ser el enfermo prefirieron 59 (23,5%) como segunda opción la eutanasia, ocupando un tercer lugar 52 (20%) que deberían ser reanimados y en cuarto lugar la abstención de responder en un 14,3%.

La mayoría de los encuestados consideraron que en la posición de ser el responsable o ser el enfermo en una situación de voluntad adelantada en que no se puede revertir el daño irreversible de una lesión neurológica, pensaron que era mejor no ser reanimados, pero que lo mantengan con lo necesario y en estado confortable y sin extremar medidas, lo que lleva nuevamente a un repensar sobre la muerte y como cada uno considera que podría ser, pero lo que teme el ser humano es especialmente el dolor, que aunque día a día va mejorando con recursos farmacológicos, físicos - psíquicos y quirúrgicos, sin embargo, el dolor es parte de nosotros y también propio de cada uno, como la concepción sobre la muerte también.

Cuando nos iniciamos en el curso de anatomía, los alumnos, médicos en potencia, abrimos nuestras mentes a la concepción de la muerte, a través de conocimientos científicos recibidos, pero también de acuerdo a nuestras creencias también, pero todos hemos buscado como detenerla. Consideramos que el conocimiento de la tanatología en los médicos y en el personal de salud, es sumamente importante, sin embargo cuando hemos

realizado conferencias al respecto, muchas veces actúa como impacto, pero al poco tiempo se deja de lado, por otros tópicos relacionados a enfermedades que se pueden solucionar, quedando esta situación como un problema en la vertiente de la relación de la mente y el cuerpo, es por eso que una de las razones de nuestra investigación conocer cómo piensan un grupo de personas en una situación de voluntad adelantada en la situación de enfermo y la mayoría piensa que no deban ser reanimado si se produjera un PCR.

Los problemas neurológicos y de índole quirúrgico, siempre están acompañados de alteraciones de la conciencia y aunque conozcamos o encontremos las causas, como podría ser el producto de lesiones severas post trauma o como resultado de enfermedades cerebro-vasculares, infecciones, infestaciones, procesos expansivos o de algún procedimiento quirúrgico, etc., ocasionando en el paciente en vigilia y en la familia cambios emocionales que los dejen muchas veces marcados de por vida, trayéndoles depresión, ansiedad, manifestada muchas veces como enojo y desesperación, alterando sus vidas en el ámbito social y familiar, pierden sus trabajos debido a que tienen que cuidar enfermos con alteración de la conciencia y no mueren a corto plazo, sino que viven meses y años, llevando a la familia a un duelo continuo al ver a su ser querido en deterioro neurológico y en los familiares el deterioro económico, social y moral.

Al igual que en otros padecimientos, la aplicación de la tecnología no ha dejado de lado a los enfermos con padecimientos neurológicos, por lo que

ahora es frecuente ver pacientes con severas secuelas neurológicas e incommunicados por alteración de la conciencia, debido a que se ha hecho lo imposible por salvarles la vida, aunque en muchas ocasiones haya sido considerada como una no mejor opción, debido que la mayoría de las veces no mejoraron más y se prolongó un enfermo con mala calidad de vida.^{75,76}

Hemos considerado la situación de voluntad adelantada, pues su importancia radica en que la persona que subroga obtendrá un conocimiento teórico de lo que podría ser el cuidado de un enfermo y de proteger sus deseos, pero también haciéndolos comprender los problemas posteriores que podrían presentarse. La concepción sobre la muerte generalmente es personal y de acuerdo a las circunstancias que se presenta, por lo que el manejo de esta situación es personalizada, pues no todos piensan igual, debido a sus diversas características sociales, religiosas, psicológicas, económicas, etc., etc., por lo que es importante tener en cuenta que cuando el enfermo puede comprender “que el paciente tiene derecho a saber todo lo relacionado a su enfermedad y tratamientos disponibles, siempre tomando en cuenta hasta donde desea conocer”⁷⁷ y es importante que esto se realice antes de que el padecimiento los incapacite para tomar decisiones, las mismas que deberán ser respetadas, en medida de lo posible, aun cuando el

⁷⁵ Couceiro A. El enfermo terminal y las decisiones en torno al final de la vida, en *Ética en cuidados paliativos*, Ed. Triacastela, Madrid, 2004:13-267-308.

⁷⁶ Couceiro A. Las directivas anticipadas en España: contenido, límites y aplicaciones clínicas. *Rev Calidad Asistencial* 2007;22:213-22.

⁷⁷ Lugones M. La información al paciente grave y en estado terminal en la educación médica. *Rev Cub Educ Med Super* 2002;16:189-1959.

paciente ya no pueda ejercer libremente su autonomía⁷⁸.

Con respecto a las opiniones en situaciones de voluntad adelantada sobre la situación clínica propuesta en la condición de ser responsable de un enfermo en estado terminal, respondieron una minoría 10 (4.0%) personas consideraron solicitar la eutanasia y en la condición de ser el enfermo, prefirieron 59 (23,5%) personas optar por la eutanasia.

La eutanasia como el suicidio asistido son temas de discusión continua debido a las controversias que se presentan con el pensamiento médico y las diferentes religiones. De acuerdo con la deontología profesional del médico, la eutanasia y la ayuda médica al suicidio son incompatibles con la ética médica, consolidado por la Asociación Médica Mundial en sus Declaraciones de Madrid (1988) y Marbella (1992), el mantener “vivo” a un enfermo con daño neurológico irreversible, aplicando tecnología avanzada, sabiendo que no se va llegar a nada es realizar un encarnizamiento terapéutico, agotando no solo a los familiares, sino agotando al equipo profesional tratante.

La eutanasia es finalizar deliberadamente la vida de un enfermo que está sufriendo o tiene una enfermedad incurable, independientemente de que sea por acción o por omisión. La Congregación para la Doctrina de la Fe en su *Declaración sobre la Eutanasia*, del 5 de mayo de 1980, define la eutanasia

⁷⁸ Ameneiros E, Carballada C, Garrido JA. Limitación del esfuerzo terapéutico en la situación de enfermedad terminal: ¿nos puede ayudar la bioética a la toma de decisiones? Medicina Paliativa 2006;13:174-8.

como "una acción o una omisión que por propia naturaleza o en su intención, procura la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor". Aunque existe dolores terebrantes, iterativos y refractario a la medicación, la neurocirugía en forma prudente teniendo conocimiento de que se ha agotado los medios farmacológicos puede realizar bloqueos y sección de vías y centros nervioso, por lo tanto hay que reconsiderar de poner al dolor como un medio para la eutanasia, así mismo también, no consideramos que la depresión sea un medio para llegar a la eutanasia.

No es motivo de nuestro estudio tratar la eutanasia como objetivo, sin embargo, debe llamarnos la atención la respuesta sobre ella, en cuanto en la posición de ser quienes subrogan, 10 (4.0%) personas consideraron solicitar la eutanasia y en la condición de ser el enfermo, prefirieron 59 (23,5%) personas optar por la eutanasia, lo que nos lleva interpretar que casi un cuarto de los encuestados utilizarían su autonomía sobre su propio cuerpo pero son muy pocos los que determinan la eutanasia en otras personas.

Es interesante los diferentes argumentos que se encuentra sobre la eutanasia, como por ejemplo "John Hardwig ha argumentado que cuando la Medicina moderna nos permite sobrevivir por mucho más tiempo del que podemos cuidarnos a nosotros mismos, existe un deber o responsabilidad de morir en consideración a los seres queridos, en quienes recae el peso económico, para no imponerles cargas pesadas".⁷⁹ "David Thomasma considera que podría llegarse a considerar ético el pedir suicidio asistido o

⁷⁹ Hardwig, J. "Is There a Duty to Die?". *Hastings Center Report* 27, no 2 (1997): 34-42.

eutanasia por amor a los parientes cercanos, considerando que en la doctrina cristiana hay instancias en que matar está justificado y a que se puede considerar que la aceptación de Cristo de la cruz, o la aceptación de la muerte de los mártires, es un acto equivalente al suicidio, ya que pudiendo evitar la muerte, la aceptaron, donando su vida por los demás⁸⁰.

El suicidio no puede considerarse como un acto de amor sino como un acto egotista al abandonar a sus seres queridos ya que estos quedarán tal vez con mayor sufrimiento, al perderlo. De otro lado el tomar en cuenta circunstancias religiosas para aceptar la eutanasia, nos lleva a preguntarnos ¿si los mártires y Cristo tenían la opción de escapar?, muy diferente a la posición de Sócrates, por lo tanto es un tema en debate, que será difícil ponernos de acuerdo, sin embargo nadie puede buscar la muerte por dolor o por depresión, lo que debe buscarse son los profesionales médicos que puedan darle solución a sus problemas.

⁸⁰ Thomasma, D. C. "Assisted Death and Martyrdom". *Christian Bioethics* (1998) 4: 122-142.

CORRELATO DE LA SEGUNDA PARTE:

Sobre el consentimiento informado escrito: indicación de no reanimación y de limitación de esfuerzo terapéutico.

- En relación a la pregunta: ¿Considera que la información escrita protege solo a...?, se obtuvieron las siguientes respuestas:

139 (55,4%) de los encuestados consideraron que la información escrita protegía tanto al médico como al enfermo, mientras que 51 (20,3%) personas encuestadas opinaron que solo protegía al médico y 37 (14,7%) personas respondieron que solo protegía al enfermo, 24 (9,6%) personas, se abstuvieron en responder

¿Los médicos necesitan de alguna protección?

El médico que enfrenta con dignidad, conocimiento y experiencia el reto de mejorar el estado vital de un individuo y poder salvarlo de morir cumpliendo en forma ética y legal con el manejo terapéutico del paciente, tal vez no tenga ningún problema, sin embargo, podría también ser mal interpretado, cuando no ha informado adecuadamente, aun habiendo realizado su trabajo en forma “eficiente”, pues no confirmó si fue entendido, aunque lo hubiera hecho también por escrito. Por lo tanto, de alguna manera si no se realiza en forma adecuada con el consentimiento informado, quien puede perder es el médico, ya que son los familiares o el mismo enfermo no se ha sentido

protegido y pudiera no sentirse complacido en sus deseos de sentirse “bien”, por lo que podría buscar lo inexistente y pensar en un común denominador llamado “mal práctica”, realizando denuncias éticas y jurídicas.

Generalmente en la actitud del médico esta intrínsecamente o subjetivamente el beneficio del enfermo, demostrándose a través de la búsqueda del diagnóstico y de la instauración del tratamiento con la finalidad de revertir la enfermedad, obteniendo secundariamente conocimiento, pero, en lo objetivo es que no debe descuidar la autonomía del enfermo. Los médicos no deben olvidar estas dos situaciones o sea la intención del beneficio y el respeto por la autonomía del enfermo que en el documento del consentimiento debe estar contenida dicha información escrita y explicada, especialmente cuando la calidad de vida del enfermo es de mal pronóstico y no sujetándonos a una investigación clínica para ver qué sucede con la finalidad de obtener algún conocimiento que podrían conducir al sufrimiento del enfermo y/o la familia, trayendo finalmente como resultado una inadecuada interrelación humana, provocando en el enfermo o familiares la idea que los médicos siempre tienen las de ganar, dejado de lado que los médicos como cualquier otra persona bien formada psicosocialmente, tendrá en mente que lo primero es no hacer daño.

Por lo tanto, en la concepción “Primum non nocere”, la ética de la beneficencia, señalada en la Declaración de Helsinki,⁸¹ plantea que el

⁸¹ Lolas F, Quezada A, Rodríguez E. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Investigación en Salud. Dimensión Ética. Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile; 2006. Principios éticos

investigador por ningún motivo debe comprometer la salud y el bienestar del investigado bajo ninguna situación; aun cuando el participante haya sido informado.

Henry K. Beecher, en 1959 publicó “Experimentation in man”, que tuvo como objetivo llamar la atención sobre la necesidad social de la investigación, Beecher propuso una distinción entre experimentos terapéuticos y no terapéuticos, que en el caso de los primeros el consentimiento no debería ser tan importante cuando se trata de beneficio directo del paciente porque habría beneficencia a diferencia si se hacía en sujetos normales, por lo tanto “el consentimiento informado salvaguarda los derechos del investigado, desde un marco totalmente ético y no jurídico, pero en el proceso se irán cumpliendo los compromisos y responsabilidades pactadas éticamente por los dos agentes morales (investigador-investigado) o del médico y el enfermo, que también tiene la responsabilidad de cumplir”.⁸²

- En cuanto a las respuestas de la situación de un caso factible que usted sea el que subroga habiendo recibido la información: 79 (31.5%) personas aceptarían su responsabilidad de su decisión, mientras que 56 (22.3%) encuestados firmarían el consentimiento informado pero culparían al médico tratante si le sucediera algo a su paciente, 49 (19.5%) personas no firmarían el C.I. pero estarían a la

para las investigaciones médicas en seres humanos; pp. 307–10.

⁸² Lolas F, Quezada A, Rodríguez E. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Investigación en Salud. Dimensión Ética. Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile; 2006. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; pp. 307–10.

expectativa de la evolución del paciente, para recién tomar una decisión, mientras que 37 (14.7%) tampoco firmarían el C.I, pero si culparían al médico tratante si la evolución del enfermo no fuera la esperada y 30 (12.0%) encuestados no respondieron.

- Con respecto a la situación de un caso factible que usted sea el enfermo en una situación de voluntad adelantada habiendo recibido la información: 170 (67.7%) personas aceptarían su responsabilidad de su decisión, mientras que 6 (2.4%) encuestados firmarían el consentimiento informado pero tendrían la intención de culpar al médico tratante si los resultados en su persona no fueran los esperados, 34 (13.5%) personas no firmarían el C.I. pero estarían a la expectativa de la evolución del paciente, para recién tomar una decisión, mientras que 5 (2.0%) tampoco firmarían el C.I, pero si culparían al médico tratante si la evolución no fuera la esperada y 36 (14.7%) encuestados no respondieron.

Por lo tanto en el rol de quienes subrogan a un enfermo: 135 (53.8%) de los encuestados si firmarían el C.I. y 86 (34.2%) personas no lo harían y 30 (12.0%) personas no respondieron. En la situación de ser los enfermos: 176 (70.1%) de las personas encuestadas si firmarían el C.I. y 39 (15.5%) personas no lo harían y 36 (14.7%) encuestados no respondieron.

Observamos en este grupo humano que cuando se encontraron en la situación de enfermos y quienes subrogan la mayoría tomaron la decisión de

firmar como decisión responsable, existiendo en ambos casos la posibilidad de culpar y de denunciar al médico por mala práctica si es que los resultados del manejo terapéutico no fueran los esperados.

El problema surge cuando no toman una decisión de firmar o no el consentimiento informado y se mantienen en observación atentos a lo que podría suceder, lo que nos lleva a interpretar que no quieren ser responsables buscando de alguna manera una autoprotección.

En cuanto a la autoprotección, ese concepto nace con el ser humano mismo; es el recurso individual y correctivo de preservar su propia integridad, su especie y la de su ambiente. De acuerdo a Gracia, “Hace años publicó el biólogo inglés Richard Dawkins un libro titulado “El gen egoísta”, su tesis básica es que ética y darwinismo están profundamente reñidos. La evolución biológica se basa en la lucha por la vida mediante el principio de la selección natural de los mejores dotados o más aptos. Todas las conductas animales que nos parecen “altruistas”, como por ejemplo la inmolación espontánea de ciertos individuos a favor del grupo o la manada, no tienen otro objetivo que éste, la lucha por la vida y la preservación de la especie. Los genes son siempre profundamente egoístas, están siempre actuando en propio provecho, aun cuando determinen conductas desinteresadas o altruistas”.⁸³

Sin embargo Gracia continua en otro acápite, “El caso humano es muy

⁸³ Gracia Diego, Bioética Clínica. Pag.36. 1º Edición 1998. Editorial El Búho LTDA, Santa Fe Bogotá, D.C.

distinto. El hombre interpone entre su realidad y las cosas todo en un mundo simbólico, en el aparecen conceptos tales como de obligación moral. Los seres humanos se sienten íntimamente obligados a hacer ciertas cosas y a no hacer otras. Entre las cosas que la ética les obliga a hacer, una de ellas es proteger a los más débiles del exterminio. La ética humana es siempre una ética de la fragilidad. Los seres que en el proceso de selección natural condenaría irremisiblemente al exterminio, los anormales, los tarados, los enfermos, los débiles son objeto primordial de la ética humana. Lo cual nos lleva a concluir que la ética tiene, al menos, vista desde esta perspectiva, un claro sentido anti evolutivo o si se prefiere biológicamente regresivo”.⁸⁴

Esto nos lleva a una aparente oposición en un inicio para terminar en forma similar, donde primero está la autoprotección y luego lo que podría hacer el ser humano por el resto, sin embargo nadie ha descubierto aquel gen egoísta de Dawkins y que en realidad lo que existe es la autoprotección como forma genética, pero es la cultura la que puede modificar muchas cosas en el ser humano. Esta visión anti evolucionista no es nueva pues está en el fixismo aristotélico, considerando que las especies así constituidas se mantienen inalterables, hasta que Linneo estableció una nueva clasificación de los seres en especies y su parentesco, sin embargo seguimos considerando que el ser humano sigue evolucionando y es la cultura la que modifica al ser humano que consideramos normal, pero en la normalidad de ser aceptado como tal, pues las culturas también tiene rangos

⁸⁴ Gracia Diego, Bioética Clínica. Pág.37. 1º Edición 1998. Editorial El Búho LTDA, Santa Fe Bogotá, D.C.

diferentes de lo que consideran normal y “lo que puede ser bueno para ti puede ser malo para mí y viceversa”.

“Mi opinión es pues, que cuanta mayor es la gravedad de un paciente y más comprometido es su pronóstico, mayor es la capacidad de los familiares para decidir la retirada de las medidas de soporte vital.”⁸⁵

En nuestra práctica en los servicios de emergencia, no es tan fácil la sustentación de una hipótesis a priori, por lo tanto todo depende del médico que sea lo suficientemente acucioso, responsable y prudente de mantener informado sobre el acto médico y la respuesta del enfermo, para ir formando la idea de la decisión de los que subrogan o de su propia persona, cuando están en plena vigilancia; si no tenemos esto de por medio, no tendremos nada al final. Las actitudes pueden pasar de generación en generación, pero no genéticamente en el consenso biológico, sino que podría pertenecer a la parte de la memoria del gen o de la propia cultura que es transferida en esa línea a muchas familias que la continúan, de tal manera que también puede suceder las actitudes contrarias o negativas en ambos lados de la relación del médico con el enfermo y los familiares.

Así mismo, los seres humanos siempre han buscado en forma normal vivir más y mejor, entonces, por qué tendrían que firmar un documento acabando

⁸⁵ Gracia Diego, Bioética Clínica. Pág. 113. 1º Edición 1998. Editorial El Búho LTDA, Santa Fe Bogotá, D.C.

con su vida al no ser reanimado, porque muchas veces relacionamos ciencia y tecnología al servicio de la vida, pero lo que se desconoce es cuanto es lo que vamos a vivir o de otra forma, cuando vamos a morir y cómo vamos a morir, sin embargo el médico y el personal de salud debe estar preparado sobre la tanatología para poder ayudar a los demás, pues es su obligación moral el servir hasta el último momento a un ser humano.

Cómo podríamos ayudar a los enfermos y familiares que en respeto a su autonomía, no han tomado una decisión aun de haberseles informado adecuadamente sobre el estado gravedad debido a lesiones neurológicas irreversibles y en quienes no se puede hacer más y estamos frente a un enfermo que pudiera presentar PCR y aunque hay una gran mayoría que podría firmar la NR y LET, existen otras que si desean la reanimación y el no hacerlo podría traer como consecuencia problemas ético-jurídicos. El problema es cuando se abstienen de dar una respuesta y no firman el C.I. y aunque existen los criterios de la No reanimación y de la limitación del esfuerzo terapéutico, lo que deseamos saber que decidirían como enfermo o quien subroga, habiendo recibido la información adecuada sobre los pro y en contra de la reanimación y continuar con un esfuerzo terapéutico que no llevaría a nada por muerte cerebral o estar frente a un estado vegetativo.

El reanimar y el no reanimar, son dos situaciones que en nuestra investigación, habiéndoles explicado sobre sus ventajas y desventajas, una gran mayoría desearía que se realizara el acto reanimar si fuera su persona y lo contrario si no lo fuera. De acuerdo al diccionario de la Real Academia

de la Lengua: "Reanimar es dar vigor, restablecer las fuerzas, hacer que recobre el conocimiento, alguien que lo ha perdido", que en el uso médico de esta palabra, es entendida como un conjunto de medidas terapéuticas que se aplican para recuperar y mantener las funciones vitales del organismo, que en la parada cardiorrespiratoria, se acompaña de la pérdida de la conciencia, cambio del patrón respiratorio, apnea, ausencia de pulso central, entonces se utilizan las medidas de soporte vital, básico y avanzado, intentando restablecer la función cardiopulmonar; sin embargo, puede suceder que no siempre se reanima, por lo que de acuerdo a la opinión de la American Heart Association, no existiendo criterios claros para predecir con seguridad la futilidad de una reanimación cardiorrespiratoria, recomiendan que todo paciente en paro cardíaco reciba reanimación, a menos que⁸⁶:

- "1. El paciente tenga una instrucción válida de no ser reanimado;
2. El paciente presente signos de muerte irreversible como el rigor mortis, decapitación o livideces en sitios de declive;
3. No se pueda esperar un beneficio fisiológico, dado que las funciones vitales se han deteriorado a pesar de un tratamiento máximo para condiciones como el shock séptico o cardiogénico progresivos;
4. También es apropiado abstenerse de intentos de reanimación en la sala de partos cuando se trata de un recién nacido con gestación menor de 23 semanas o un peso al nacer menor de 400 g, o que tiene una anencefalia, así como también en casos confirmados de

⁸⁶ American Heart Association: International Guidelines 2000 for Cardiopulmonary resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Ethical Aspects of CPR and ECC. Circulation 2000; 102(suppl. I): I-12-I-21.

trisomía 13 o 18.”

Tener la orden de no reanimación, no basta, ya que pudiera no tener apoyo legal, porque lo que se busca es el derecho a la vida, pero debe tenerse en cuenta la calidad de vida del enfermo, llevando a una situación de discusión constante, especialmente por los avances científicos y tecnológicos y que está sujeto a revisión continua y no solo desde el punto de vista tecnológico y legal, sino ético, por lo tanto se debe ser prudente en esta situación considerando que la libertad de criterio lleva consigo responsabilidad frente a las demás personas, pero también consigo mismo ya que de por medio están sus principios, valores, su pensamiento religioso, social, cultural, su forma de vida, por lo que es importante tener en cuenta la voluntad adelantada, que en nuestro país recién esta tomado conciencia sobre esta concepción y con lo que estamos contribuyendo.

La comunicación entre los seres humanos es importante, especialmente porque es una forma adecuada de intercambiar ideas que llevan información, sentimientos y deseos. La comunicación que puede ser oral o escrita, debe ser directa entre los interlocutores en la relación del médico con el enfermo o del médico con los responsables del enfermo y donde se desea ver las expresiones gestuales sobre el pensamiento expresado, el tono y el momento adecuado, para no interrumpir y no ser interrumpido, “siendo el soporte fundamental de las relaciones en atención y ha sido considerada el acto central de la actividad clínica y el escenario principal de

la medicina”⁸⁷

“Esta relación mencionada es un acto médico digno entre personas, que por un lado necesita de los servicios de un médico y de otro lado los servicios del médico entregados con honor y dignidad, manejándose en un convenio de confianza que obliga al médico a ser competente y estar al servicio del bienestar de sus pacientes, sin embargo, este convenio está amenazado por la creciente legitimación social de intereses particulares utilitarios, aunado a la presión de organizaciones de salud cuyo fin central es el ánimo de lucro, que han acrecentado en el médico el rol de agente mercantil. Ello ha contribuido a distorsionar la responsabilidad que tiene el médico frente a su paciente como dispensador de cuidado, apoyo y curación en la salud y la enfermedad”.⁸⁸

Así mismo el manejo de los enfermos en los servicios de emergencia, tienen criterios que deben cumplirse en forma inmediata, por lo que el tiempo en la atención es sumamente importante y realizada la estabilización del enfermo crítico, sin pérdida de tiempo informará a los familiares de dicha situación, especialmente si va realizar procedimientos invasivos y quirúrgicos. En esta situación, la comunicación debe ser adecuada y dando tranquilidad y manejarse de acuerdo al Código de Ética y de Deontología del Colegio Médico del Perú., por ejemplo el Art. 41° “El médico tiene el deber de buscar

⁸⁷ Laín Entralgo, P. La relación médico – enfermo, historia y teoría. Alianza editorial. Madrid, 1983. p. 19.

⁸⁸ Crawshaw, R. et al. Patient-Physician covenant. Police Perspectives. JAMA, May 17, 1995, 273 (19):1553.

los medios apropiados para asegurar el respeto a los derechos del paciente o su restablecimiento, en caso que éstos sean vulnerados. El médico tiene el deber de respetar y hacer respetar el derecho que tiene el paciente a:

- e) Obtener toda la información disponible, relacionada con su diagnóstico, terapéutica y pronóstico, en términos razonablemente comprensibles para él.
- f) Aceptar o rechazar un procedimiento o tratamiento después de haber sido adecuadamente informado, o revocar su decisión.
- k) Recibir información completa en caso que haya de ser transferido a otro centro asistencial, incluyendo las razones que justifican su traslado así como a una explicación sobre las opciones disponibles. El paciente tiene derecho a no ser trasladado sin su consentimiento.
- l) No ser sujeto de investigación o ensayo terapéutico sin su consentimiento informado, etc.

La falta de confianza se inicia muchas veces cuando el médico no visita a su paciente o no se encuentra en el hospital en las horas de permanencia laboral o estando en su centro de trabajo evade conversar con los familiares.

La confianza del enfermo en estado vigilancia y de los familiares se gana no abandonando al paciente y manteniendo el dialogo con los responsables, dejando de lado muchas veces sus propios intereses y necesidades humanas como comer y dormir, sin embargo el médico también desea que los familiares estén prestos a la comunicación y estén constantemente con

sus enfermos, para poder así mantener un diálogo fluido.

Cuando la situación del enfermo es crítica y necesita atención continua se puede evitar perder tiempo en informar por escrito, pero no se deja de informar verbalmente y obtener el consentimiento verbal que puede tener testigos como los propios familiares y el personal de salud y después se deberá escribir en la historia clínica, dicha situación.

Las atenciones en emergencia esta dado no solo por un solo médico, sino por un equipo de médicos y miembros de la salud, de tal manera que mientras se va estabilizando al enfermo, un médico puede ir informando sobre el estado del enfermo y la actuación médica, especialmente si se va actuar invasivamente o es de necesidad quirúrgica, en el caso de voluntad adelantada que es la que estamos investigando, el enfermo ya recibió el acto médico y es un enfermo neurológico irreversible y puede estar sujeto a un PCR, lo que queremos averiguar en situación de voluntad adelantada es si en la posición de ser enfermo o quien subroga, que es lo desearían, teniendo en cuenta que existen criterios de NR y LET, pero estas deben ser ajustadas a cada situación, con la finalidad de evitar problemas éticos y jurídicos posteriores.

Es importante también conocer y mejorar la comunicación entre el médico y el paciente, esta forma de actuar puede mejorar la calidad de la atención y reducir las quejas y demandas por mala práctica,⁸⁹ humanizando la práctica

⁸⁹ Levinson W. Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. JAMA

médica.⁹⁰

En el proceso de formación del médico, la comunicación con el paciente adquiere un valor primordial al convertirse esta en el medio de cualificar la práctica médica tanto humana como profesional⁹¹ y se han ido desarrollando mecanismos educativos con tal fin.⁹²

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido la importancia del rol comunicativo del médico, y considera que es una de las principales funciones que debe desarrollar el Médico General^{93,94} y que complementamos que es una obligación de todo médico, aunque crea que por su especialidad no tenga tiempo, pues entraría en una contradicción en sus obligaciones.

1994; 272: 1619-20.

⁹⁰ Willson, A. The Human Effect in Medicine: Theory, Research and Practice. Journal of Medical Ethics; London; Dec 2001.

⁹¹ Stewart M.A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ. 1995 May 1;152(9):1423-33.

⁹² Maguire, Peter, Pitceathly, Carolyn Key communication skills and how to acquire them; BMJ: British Medical Journal, 9/28/2002, Vol. 325, Issue 7366 p697, 4p

⁹³ Organización Mundial de la Salud Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (URSS). Ginebra: OMS. (1986).

⁹⁴ Prochaska JO, Di Clemente CC Informe de la Conferencia Internacional de Ottawa sobre Promoción de la Salud. Ginebra: OMS. (1992)

CORRELATO DE LA TERCERA PARTE

Se realizaron 4 preguntas de opinión:

- La primera pregunta consistió en conocer si las personas encuestadas habían entendido el caso presentado, respondiendo que 241 (96%) personas si habían entendido, frente a 10 (4.0%) personas que no entendieron el caso presentado, sin embargo en ningún momento se negaron a responder la encuesta.

Cuando se les instruyo a las personas encuestadas sobre los casos neurológicos con daño irreversible sin posibilidad de tratamiento neuroquirúrgico y en riesgo de PCR, los encuestados en una situación de voluntad adelantada en la posición de enfermo o quien subroga decidirán la NR y LET, entendiendo lo que es calidad de vida.

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". Comprende tres dimensiones: física, psicológica y social:

- La dimensión física, es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento.
- La dimensión psicológica: es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento y
- La dimensión social, es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

Por lo tanto, la información que recibe una persona sobre la calidad de vida que podría tener su persona o la persona que subroga es muy importante, para la toma de decisiones que será registrada en el consentimiento informado por escrito y por lo tanto debemos estar conscientes que nuestro interlocutor ha entendido lo que se ha explicado, a menos que no pueda entender o sea renuente a entender por temor a la situación presentada, son estas personas las que podrían traer problemas ético-jurídicos más tarde.

La calidad de vida de un enfermo tiene diferentes grados y restricciones, nosotros estamos considerando la situación de un enfermo con lesiones neurológicas irreversibles, donde las dimensiones de la calidad de vida están definitivamente alteradas, si evaluamos esta situación presentada de

acuerdo a Farghnar⁹⁵:

- a) no hay relación del individuo con su propia existencia,
- b) desde una perspectiva multifactorial o multidimensional, el enfermo tiene muchos factores en contra y él o ella no lo sabe,
- c) con respecto a la valoración subjetiva de la propia satisfacción o insatisfacción, no es posible medir y
- d) con la evaluación prioritaria de los programas sociales y de cuidados, es un paciente que en el mejor de los casos quede en estado vegetativo.

Un enfermo en estado vegetativo solo recibirá cuidados paliativos pero no sabrá nunca el amor y el respeto de los suyos y probablemente mermará el estado anímico de ellos y su economía, como la economía social que podría servir para otros con mejores condiciones de vida, pero es la autonomía de los que subrogan que también debe ser contemplado, si ellos desean mantener dicho estado, pero sin haber sido alterada una falsa esperanza, que los médicos deben haber explicado y asesorado en el momento oportuno y adecuado sobre la salud del enfermo, que de acuerdo a Guyatt⁹⁶ son los de discriminar, predecir y evaluar la evolución de los pacientes, de uno u otro tipo, como consecuencia de las intervenciones terapéuticas que se realizan sobre ellos.

⁹⁵ Farghnar M., Definitions of quality of life: a taxonomy. J adv Nurs 1995; 22 502-508.

⁹⁶ Guyatt G, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health related quality of life Ann Intern Med 1993; 118:622 - 629.

Badía⁹⁷ relaciona el interés en la calidad de vida con la salud, basado en:

- a) la limitación biológica de la existencia;
- b) el incremento del uso de tecnología, con resultado no siempre efectivo;
- c) el cambio en el patrón de presentación de las enfermedades;
- d) el cambio en el conocimiento de la percepción de los individuos respecto a la salud y a la enfermedad y
- e) el aumento del gasto sanitario.

Todos estos datos que traemos al respecto es lo que no debe olvidarse de informar en estas situaciones de reanimar o no reanimar y limitar el esfuerzo terapéutico, para que la toma de decisiones de los interlocutores sea optima, de tal manera que no le queden dudas y puedan llevarlos problemas emocionales y en su descargo quieran culpar a los médicos tratantes o buscar otras formas de ser liberados de sus dudas o culpabilidad.

- La segunda pregunta consistió: Si los familiares o el enfermo en estado en vigilancia debían recibir una copia del consentimiento informado, las 251 (100%) personas opinaron afirmativamente.

Muchos enfermos y familiares me preguntaron a lo largo de mi carrera, por qué no darles una copia del consentimiento informado antes de ser operados

⁹⁷ Badía X. La Medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos (En: Sacristan JA, Badía X, Rovira J, eds.), Farmacoeconomía. Evaluación económica de medicamentos. Madrid; Editores Médicos, 1995; 51 - 76.

y la respuesta que hemos utilizado, porque así nos enseñaron fue: *“utilizar el conducto regular porque la Historia clínica es un documento médico legal”*, lo que lo conducirá a los interlocutores a un trámite y pago de documentos, entonces, éticamente: ¿hemos quedamos satisfecho con la respuesta?

Qué pasa entonces con la confianza mutua. La explicación a través de la relación del médico con el enfermo y los familiares no es nueva siempre existió, sino hay que remitirnos a la historia de la medicina, por lo tanto la actitud humana no ha cambiado, hubo quien explicó con humanismo y formalidad, por lo tanto también ha existido el otro extremo, aquellos que actuaron con “paternalismo” pero también con beneficencia, mientras que otros y hasta la actualidad solo les importa en *“tratar científicamente”* a los enfermos y considerar que la razón de curar o salvar es el fin de los medios.

En la práctica médica hemos observado que son muchos los casos en que el protocolo o documento del consentimiento informado es dejado en la mesa de noche del enfermo o entregado a los familiares por algún personal de salud y no realizado por los médicos que “deben ofrecer una información de buena calidad., en forma más sencilla y clara posible, posibilitando así la competencia de los enfermos o familiares para decidir”⁹⁸, de tal manera que en la relación médico paciente y/o enfermo ha sido considerado: “el médico como proveedor de la información, debe mantener un equilibrio con la finalidad de que enfermo o su familia sean quienes decidan”⁹³, pero en ese

⁹⁸ Highton, Elena y Wierzba, Sandra. “La relación médico-paciente: El Consentimiento informado”. Capítulo VII, p. 188.

respeto mutuo también debe considerarse la experiencia profesional y el desconocimiento de los enfermos y/o de los familiares, de tal manera que no solo debe considerarse al médico como “*proveedor*”, sino como “*asesor*”, de acuerdo a nuestra concepción y la relación mantenida debe realizarse en forma cortés y humanista, como expresión de nuestra formación personal y profesional, de tal manera que debe evitarse “que el proceso del Consentimiento Informado se transforme en un acto con dos interlocutores que no se implican en absoluto, donde la firma de un formulario se transforma en el fin fundamental”⁹⁹⁻⁹³ y que pueda convertirse más tarde en un proceso largo y tedioso de defender por un lado la “atención científica” y de otro lado la “mala práctica”.

Cuando un médico conversa con el enfermo y/o los familiares y resuelve sus dudas va más allá que una simple relación profesional, que podría interpretarse como un contrato entre dos partes y es necesario entender que es más que eso, es una interrelación humana de confianza, que se ha ido perdiendo tal vez por nuestro propio comportamiento como médicos que miramos constantemente el reloj o la llamada “*visita médica*” que es sumamente corta y de explicación concisa, en cambio una explicación adecuada con sencillez y gentileza, puede más que resolver sus dudas, hacer que se sientan protegidos, sin embargo, también esperamos que “con toda esta información el paciente deba ser capaz de tomar una decisión que responda a sus necesidades e intereses, a sus valores, a sus criterios de

⁹⁹ El Consentimiento Informado. Guía práctica. Servicio de Asistencia Sanitaria. Departamento de Salud, Gobierno de Navarra. Pamplona, 1997.

bien, con respeto a sus temores y esperanzas”¹⁰⁰, pero también darle la importancia sobre la confianza adquirida.

Si existe una confianza mutua y siendo la piedra base de la confianza el consentimiento informado por escrito, ahora, porque antes fue la palabra del médico, entonces la palabra del médico según esta “*confianza*” debe ir en forma escrita por que las palabras se las lleva el viento, por lo tanto no hay tanta confianza. Entonces un documento de Consentimiento Informado debe ser bien elaborado por el médico y no se debería demorar en entregar una copia al interlocutor, pues solo necesitaría la firma de ambas parte con testigos, es por eso que el Consentimiento Informado debe ser realizado por los médicos tratantes, ya que la ley apunta hacia ambos lado y eso es lo que no debemos olvidar.

- Con respecto a la pregunta de que el formato que presentamos sobre la NR y LET, se generalice en los hospitales del país: 248 (98,8%) personas consideraron que debería generalizarse, 1 (0.4%) persona consideró en forma negativa y 2 (0.8%) personas no contestaron.

La historia también ha registrado pensamientos como “la medicina debía verse como la ciencia de la curación, no de la educación del paciente, por lo tanto la medicina consistía en hechos no palabras, “*herba, non verba*”, como Virgilio denominó a la medicina muta ars. Así mismo, la fe ha sido un recurso

¹⁰⁰ Simón Lorda, P. y Concheiro, L.: “El Consentimiento Informado: teoría y práctica (I)” en Medicina Clínica 100 (1993) pp. 659- 663

de curar, pero la palabra del médico tratante, ha persistido como sello final en la relación del médico con el paciente y la familia, porque dicha actitud puede llevarlos a la tranquilidad emocional.

La importancia del consentimiento informado tienen sus bases en la decisión o decisiones que en forma autónoma van a tomar el enfermo y/o quien subroga, dejando de lado el paternalismo y la beneficencia médica, reforzándose la autonomía, pero, el enfermo debe reunir las siguientes condiciones:

- 1) disponer de una información suficiente,
- 2) comprender la información adecuadamente,
- 3) Encontrarse libre para decidir de acuerdo a sus propios valores y
- 4) ser competente para tomar la decisión en cuestión.

Sin embargo, el consentimiento informado no es un derecho ilimitado del enfermo y por lo tanto los pacientes no pueden imponer al médico, lo que deseen y de otro lado la difusión de un consentimiento informado de NR y LET, debe ser tomado en cuenta y hacer docencia como voluntad adelantada en nuestra población, ya que debemos ir conociendo como piensan los seres humanos sobre el final de la vida que puede presentarse de diferentes modos.

Aunque hemos fundamentado nuestro respeto y nuestra responsabilidad sobre las respuestas de una mayoría, pero qué pasa con esas 10 personas

que no entendieron o no quisieron entender o aquella única persona que considero que no debería generalizarse el protocolo de consentimiento informado de NR y LET, tal vez las respuestas fueron dadas por las mismas personas y que para la estadística pudiera significar “un porcentaje despreciable o insignificante”, pero el problema es para los médicos, cuando nos encontramos con personas que no piensan igual que la mayoría, o piensan así, porque no pueden afrontar un problema, porque se sienten agobiadas desde el punto de vista psicológico, social y económico y no encuentran la forma de cómo dar solución a sus problemas, pudiendo ser el inicio de un conflicto entre la relación médico paciente y familia y que terceros saquen provecho de esta situación, llevándolos al campo jurídico.

Esta situación nos lleva a realizar un meta análisis sobre el respeto y la responsabilidad. En filosofía se considera que Demócrito fue el primero en hacer del reconocimiento del respeto el principio de la ética: “No debes tener respeto por los otros hombres más que por ti mismo, ni obrar mal cuando nadie lo sepa, sino que debes tener por ti mismo el mayor respeto e imponer a tu alma esta ley: no hacer lo que no se debe hacer”¹⁰¹, para poder respetar a los demás comienza en respetarse en sus obligaciones. Protágoras, como Platón vieron el respeto en forma recíproca que con la justicia eran dos ingredientes de la técnica de la convivencia y Aristóteles y Kant lo incluyeron en las emociones como una forma sui generis y un sentimiento moral, que era producido por la razón. El médico siempre fue visto como un individuo

¹⁰¹ Abbagnano Nicola: Diccionario de Filosofía. Pág. 1017. Fondo de Cultura Económica. México 3ra. Edición. 1998

responsable, sujeto de respeto y por supuesto su comportamiento es reciproco con los individuos que los rodean, siendo una forma de identificar a una persona, por su propia formación, de tal manera que recurriendo al pensamiento platónico, sobre la referencia de la noción de imputabilidad con respecto a la elección que hacen las almas de su propio destino afirmó: “Cada uno es la causa de su propia elección, de ello no debe imputarse a la divinidad”¹⁰², estas bases dieron posteriormente al concepto de responsabilidad que aparecen por primera vez en idiomas francés e inglés en el año 1787 en el Federalist de Alexander Hamilton, folio 64. “Ser responsable es ser capaz de responder, tener la capacidad de responder, sin embargo los animales también responden pero no tienen responsabilidad. El animal vive “ajustado” a su medio, o perece o desaparece; el hombre por comentario “tiene que hacer su propio ajustamiento”, es decir, tiene que *iustum-facere*, “justificarse”¹⁰³. Por lo tanto nosotros los médicos tenemos que rendir cuentas y la forma es a través de la información, pero una información que pueda ser entendida, respetándonos nosotros mismos, al quedar tranquilos de que hemos sido entendidos y no solo de haber cumplido con hablar.

- En cuanto a la pregunta: ¿debe existir el acto de revocar en el consentimiento informado de NR y LET: 221 (91.2%) personas opinaron en forma afirmativa y 22 (8.8%) personas consideraron que

¹⁰² Abbagnano Nicola: Diccionario de Filosofía. Pág. 1018. Fondo de Cultura Económica. México 3ra. Edición. 1998

¹⁰³ Gracia Diego, Bioética Clínica. Pág. 41. 1º Edición 1998. Editorial El Búho LTDA, Santa Fe Bogotá, D.C.

no debería contener el acto de revocación.

En las políticas de Consentimiento Informado del Hospital de Linares, revisado en marzo del 2011, en relación al Procedimiento de retiro o revocación del Consentimiento Informado, que se encuentra en el ítem 6.3 dice lo siguiente:

- a) El consentimiento puede ser retirado o modificado por el paciente o su representante en cualquier momento previo a la cirugía, procedimiento, o tratamiento.
- b) Una vez iniciado el procedimiento, intervención o tratamiento, el consentimiento otorgado podrá revocarse siempre y cuando la suspensión o la actividad ya iniciada no conlleve un perjuicio para la salud del paciente.
- c) En estos casos el médico deberá dejar constancia documentada en la ficha clínica, de la revocación del consentimiento antes otorgado, y de haberle informado al paciente los riesgos y complicaciones que ello conlleva para su salud.
- d) El mismo criterio deberá emplearse en los casos de rechazo del tratamiento por parte del paciente, familiar responsable, representante legal o apoderado, siendo útil para documentar este rechazo el mismo consentimiento informado o la ficha clínica.

Muchas veces nos preguntamos cuanto tiempo se puede esperar un acto revocación, según el consentimiento informado del Hospital de Linares, se

puede revocar hasta el momento que se está ejecutando el procedimiento sin perjuicio del enfermo, pero esto es con relación con un determinado procedimiento o tratamiento, pero en el caso de No reanimar y de Limitar el esfuerzo terapéutico, sería deducir que iniciado el PCR, podría darse la orden de revertir, sin embargo los criterios de NR están establecidos, por criterios de sociedades internacionales como la American Heart Association, como hemos descrito en el marco teórico.

El acto de revocar se encuentra en la LEY 26.742 de Argentina y que esta jurisprudencia a nivel internacional. Esta ley fue promulgada el 24 de Mayo de 2012 y publicada un mes después, que a la letra dice:

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º — Modifícase el inciso

- e) del artículo 2º de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera:
- e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

El “Convenio sobre los Derechos Humanos y La Biomedicina”, es un

instrumento legal que regula el derecho del Consentimiento Informado y que establece en su “Artículo N° 5” que: “No podrá llevarse a cabo intervención alguna en una persona – en materia de salud - sin su consentimiento informado y libre. Dicha persona deberá ser informada antes, y de manera adecuada, sobre el objetivo y naturaleza de la intervención, así como de sus consecuencias y riesgos. Podrá revocar el consentimiento en todo momento y con plena libertad”.

En el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, del año 207, se hace referencia del acto de revocación, en el Capítulo 2 que trata sobre el Respeto de los Derechos del Paciente y nos remitimos al:

Art. 63° El médico debe respetar y buscar los medios más apropiados para asegurar el respeto de los derechos del paciente, o su restablecimiento en caso que éstos hayan sido vulnerados. El paciente tiene derecho a:

- e) Aceptar o rechazar un procedimiento o tratamiento después de haber sido adecuadamente informado o a revocar su decisión en cualquier momento, sin obligación de expresión de causa.

Deberes y derechos que los médicos peruanos deben cumplir y deben tener también conocimiento de nuestra constitución y de recurrir al Código Civil Perú Libro II Acto Jurídico.

CORRELATO DE LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

Habíamos explicado anteriormente que nuestros objetivos están en determinar cómo piensa un grupo humano en la situación de voluntad anticipada en el rol de quien subroga o en el rol de enfermo, decidir en solicitar a los médicos tratantes y de firmar o no un consentimiento informado por escrito de no reanimación y de limitación del esfuerzo terapéutico en dos situaciones específicas como enfermo y como persona que subroga, afrontando a un enfermo en estado terminal por daño neurológico irreversible, que habiendo recibido tratamiento médico y/o quirúrgico en base a la ciencia y tecnología actualizada, no existe medios de recuperarlo.

¿Por qué en una situación anticipada?

La respuesta es de innovar lo que en nuestro país no se maneja en forma abierta aún, lo que en otros países ya se viene difundiendo. Es importante conocer en una situación de voluntad anticipada como es la toma de decisión de los intervinientes, por lo tanto nos vamos a introducir en lo que es la teoría de la decisión, que la abordaremos epistemológicamente, con un sustento también en la teoría de los valores éticos.

La decisión es un término que corresponde a lo que Aristóteles y los escolásticos denominaron elección o sea el momento final de la deliberación, en el cual se determina el compromiso hacia una de las alternativas

posibles. En su definición Aristóteles considera a la elección como una “apetencia deliberada que concierne a las cosas que dependen de nosotros” (Ética a Nicómaco, III, 5, 1113 a 10) y Espinoza en un sentido determinista la identifico con el deseo o “determinación del cuerpo” (que se puede deducir por medio de las leyes del movimiento y de la quietud (Eth., III, 2, scol.)¹⁰⁴

Como podemos observar la decisión que puede ser libre o determinada, es un acto de separar las posibilidades de un compromiso con una de las alternativas posibles, que va determinar el futuro de alguna manera, por lo que Heidegger, le llamará resolución, pero también para él existe una sola decisión autentica que es la que orienta, no hacia las posibilidades de la existencia cotidiana, sino a la posibilidad propia y autentica de la existencia, o sea hacia la posibilidad de la muerte.

La decisión de qué es lo que se desea para sí mismo o que es lo que se desea para el ser que subrogamos, es nuestro deseo, nuestra preocupación, nuestra responsabilidad, que va ser materializada al solicitar a los médicos tratantes y al firmar un consentimiento informado de seguir o no viviendo, conociendo el estado del enfermo de ser portador de lesiones neurológicas irreversibles, sin existencia de medidas terapéuticas y que su alargamiento vital solo traerá desconsuelo y gasto social, psicológico y anímico y que el planteamiento inadecuado como su entendimiento también, podría traer problemas donde al fin y al cabo se van a beneficiar terceros. Pero la

¹⁰⁴ Abbagnano Nicola: Diccionario de Filosofía. Pág. 1018. Fondo de Cultura Económica. México 3ra. Edición. 1998

decisión debe estar acompañada de responsabilidad, como lo hemos visto en acápites anteriores y esa responsabilidad es bilateral, es la posibilidad de prever los efectos del propio comportamiento y corregir el comportamiento mismo a partir de tal previsión.

Debemos entonces considerar a la responsabilidad como una categoría ética, considerada para algunos autores como una primera categoría. “Aunque podría parecer superfluo, lo primero que afirmamos del hombre es su condición de ser viviente. En esta condición se asientan todas las posibilidades y expectativas de las personas: aspira siempre a un mejor tenor de vida, esto es una vida más humana. Esta máxima humanización es el fundamento de la ética”¹⁰⁵

En contra de lo que es “vida”, esta lo inanimado, o sea sin anima, sin espíritu, el enfermo en coma es un ser con vida vegetativa, pero al fin y al cabo vida y la discusión es si debe considerársele o no persona, pero el ser humano para la legislación peruana aunque este en esas malas condiciones no pierde su estado de persona y menos de ser humano, por lo tanto debe reinterpretarse el pensamiento aristotélico y tomasiano al respecto, en nuestro meta análisis hemos buscado en las obras completas de Aristóteles, en *De anima* II, 1, 4112 a, 10-20 y según él “La vida es aquello por lo cual un ser se nutre, crece y perece por sí mismo” y esta forma “orgánica” se fundamenta en el “zoe” y en el “bios”, la primera entendida como principio vital y la segunda como la manera en que vive el ser humano. Santo tomas

¹⁰⁵ Arangueren J.L. Obras completas 2: *Etica*, Madrid, Trotta 1994, pp. 171 - 195.

al respecto en *De veritate*, IV, 8; *Sua Theol.*, I,q, 17, art 1,2. afirma que llamamos “vivir” a lo que posee por sí mismo un movimiento o sus correspondientes operaciones; “vida” es lo que puede moverse por sí mismo, es decir, la sustancia a la que conviene, según su naturaleza, moverse por sí misma y que Zubiri diría “vivir es auto poseerse”. Como podemos ver muchos de los conceptos han durado miles de años y han pasado de generación en generación manteniéndose una idea no por el argumento mismo sino por quienes lo argumentaron e influyeron en las ideas y conceptos de los demás hasta el día de hoy, por lo que si quisiéramos realizar el cambio tendríamos que argumentar en el pensamiento baconiano que todo médico debe saber. Esa responsabilidad de quien decide y de quien trata no solamente es una responsabilidad civil como una obligación de reparar, según la medida y la forma que determina la ley, ni me refiero a la responsabilidad penal como carácter ejemplar de la pena para el bien general, tampoco debe confundirse la responsabilidad ética con la imputabilidad psicológica que es el obrar con el conocimiento de causa, nos referimos a la responsabilidad de las costumbres, ya que “el hombre tiene la responsabilidad de llegar a ser plenamente tal: éste es el empeño ético. El fundamento de la responsabilidad es la libertad de la voluntad. Ser responsable es ser capaz de darse cuenta de tener que dar cuenta del carácter constructivo de comportamiento-enfrentamiento”¹⁰⁶

1. En nuestro estudio en la situación de voluntad anticipada las personas encuestadas solicitarían a los médicos tratantes en primera instancia

¹⁰⁶ Ferrer Mayer Víctor. Pautas éticas para una cultura de la vida. Bioética, y Biojurídica: La unidad de la vida. Pag. 21. Ediciones jurídicas UNIFE 2012.

No reanimar, lo mantengan con lo necesario y confortable, sin extremar medidas, opinaron en el rol de subrogar 110 (43,82%) personas y en el rol de enfermo 104 (41,43%) personas,

La mayoría de este grupo humano ha realizado la toma de decisiones, han elegido lo que ellos consideran lo más conveniente resolviendo de esta manera diferentes situaciones que la vida le va deparar posteriormente a su decisión, donde se involucra su trabajo, su familia, el estado emocional, social y económico, etc., etc., sin embargo en la toma de decisiones podrían no haber advertido conflictos latentes y que de acuerdo a la madurez de la propia decisión también podrán resolver en forma individual, pues en todo momento tiene que haber hecho uso de su razonamiento y pensamiento para elegir una solución a su problema, para eso el médico actúa como un asesor que explica en forma detenida y convencido de que se le ha entendido como parte de nuestras obligaciones.

2. Hemos encontrado en nuestra investigación en la situación de voluntad anticipada que solicitarían a los médicos tratantes la reanimación, en el rol de subrogar: 107 (42,62%) personas y en el rol de enfermo, 52 (20,17%) personas.

Sin embargo aunque se les ha explicado a las personas que la situación de ser un enfermo con lesiones neurológicas irreversibles y de haberles explicado lo que es calidad de vida, como se puede leer líneas arriba, significa que el enfermo no tendrá contacto con el medio externo, que no

reconocerá a sus familiares y que además podría ser muy larga la agonía por parte de los que los acompañan al ver a su familiar como se va deteriorando y no poder hacer más por ellos y que en nuestra experiencia de pacientes con conciencia alterada los hemos atendido hasta por más de 15 años; alguna vez los padres al ver la sonrisa refleja por contracción de los músculos risorios en su hijo han creído ser reconocidos, sin embargo, el niño a quien me refiero, desde el nacimiento presentó encefalopatía anóxica, pero el ser humano se aferra a sus creencias, aunque se le explique al respecto, y muchos de ellos se sostienen en su religión y consideran que la vida es algo sagrado depende de dios y de nadie más y que la carga que van a sostener es una prueba de fe y muchas veces en su decisión no está el miedo a la muerte si no a su propia decisión basado en sus creencias. En nuestra casuística 227 fueron los católicos y el resto en forma minoritaria fueron adventistas, budistas, ateos, agnósticos y mormón. El médico también debe conocer cuál es el pensamiento teológico de las religiones, para poder aliviar la carga emocional y apoyarlos moralmente; por ejemplo los judaicos creen en un dios misericordioso y consideran a la muerte como un descanso y que existe el día del juicio final en que las almas volverán a levantarse, para ser juzgadas y acercarse o no a dios, en el caso de los cristianos creen en un dios severo, adusto, único, omnisciente, omnipotente y omnipresente y la muerte es el sueño eterno, que supone la redención y que en el juicio final cada uno responderá de acuerdo a sus obras y como consecuencia de éstas, su alma ira al paraíso, al purgatorio o al infierno, para continuar en una vida eterna. En el budismo dios es una fuerza impersonal, formada por todas las cosas vivas y que mantiene unido al

universo y la muerte es una transición, no es un proceso terminal, es el comienzo de otro momento de la vida. En el juicio se ve afectado, por la vida que acaba de terminar, por el estado de ánimo en el momento de la muerte y por el modo en que recorrerán los desafíos que ha de venir. Los adventistas sostienen que una persona no tiene forma consciente de existencia hasta su resurrección, la cual se dará en la ocasión de la segunda venida de Jesús, en el caso de los justos o luego del milenio de Apocalipsis en el caso de los impíos, por lo tanto el infierno no existe en nuestros tiempos presentes, ni existirá después de la segunda venida de Cristo, sino que los impíos serán destruidos para siempre luego del milenio. Los mormones consideran que aunque existe un castigo temporal para aquellos más malvados y que existen sólo dos destinos posibles después de la muerte, el cielo o el infierno, tanto físicamente como espiritualmente. La posición del agnóstico puede expresarse así: "los argumentos que se exhiben en favor de la existencia de Dios no me permiten afirmar que existe". La posición del ateo es terminante: "los argumentos que se exhiben en contra de la existencia de Dios me permiten afirmar que no existe", apoyándose en el axioma según el cual quien afirma debe probar; luego en el orden existencial, moral, conductual, profesional, etc. El agnóstico y el ateo se comportan de modo esencialmente equivalente, de acuerdo a su forma de vida o a su mores, piensan que al morir es cosa de la naturaleza y no hay nada más.

Sin embargo, "la ética no pertenece al campo de la fe, sino al de la razón. La revelación nos enseña una serie de verdades que escapan a nuestra capacidad comprensiva intelectual, y que aceptamos por la veracidad de

dios que así ha querido manifestarse. Pero la bondad o malicia moral, aun en la hipótesis de estar revelada, no se fundamenta en ninguna autoridad, como pretendía el nominalismo, sino que solo justifica por la sola razón humana. Santo Tomas confirma esta postura con esa visión tan religiosa y humana que tiene de la creación, cuando afirma que la providencia de Dios dirige a las criaturas irracionales con las leyes de su naturaleza específica, mientras que al hombre lo ha convertido en una pequeña providencia para el gobierno de sí mismo y de los demás (S. Th. I II, 91,2). La dependencia de Dios no elimina esta autonomía, pues, Él mismo nos ha dado la capacidad de orientar y de dirigir la propia conducta, y la razón será siempre el instrumento básico para descubrir el bien”¹⁰⁷

3. En la situación de voluntad anticipada solicitaron a los médicos tratantes la eutanasia en el rol de subrogar 10 (3,98%) personas de sexo masculino y en el rol de enfermos la solicitaron 59 (23,50%) personas.

En este punto podemos advertir que los consultados en uso de su decisión, responsabilidad y autonomía decidieron por la eutanasia predominando en su situación como enfermo y lo que llamó la atención que cuando tuvieron que subrogar la decisión estuvo en manos de 10 personas de sexo masculino.

¹⁰⁷ López Aspitarte E. Libertad de Investigación: problemas éticos, en la J. Gafo (ed.) Fundamentación de la bioética y manipulación genética. UPCM, Madrid 1988, Pág. 195-21, 12.

La “buena muerte” del griego eu: bueno y thanatos: muerte, es el sinónimo de muerte conocido como eutanasia, provocada en el ámbito de un tratamiento médico.¹⁰⁸ Analicemos si solo es en el ámbito médico la aplicación de la eutanasia, el problema es que no sabemos que puede estar sucediendo al respecto, en algún lugar del mundo y especialmente alejado donde no hay la participación de los médicos o la atención sanitaria, dejando que la naturaleza continúe su curso porque no hay más que le puedan ofrecer pero no los dejan solos, pues humanitariamente son acompañados hasta el final.

Reflexionemos sobre lo siguiente: “La eutanasia consiste en provocar la muerte de otro por su bien, lo cual conduce necesariamente a acotar las circunstancias y supuestos (mayoritariamente ligados al contexto médico-asistencial) que dan sentido a esta actuación humanitaria, piadosa y compasiva. [...] El elemento central que define la eutanasia no es la concurrencia o ausencia del consentimiento del sujeto que muere, ni la modalidad activa u omisiva de la conducta que provoca la muerte, sino los móviles que la animan”.¹⁰⁹ Por lo tanto tenemos que convenir que la eutanasia tiene por finalidad evitar sufrimientos insoportables o la prolongación artificial de la vida de un enfermo, la segunda es una situación prácticamente definida cuando las lesiones neurológicas del sistema nervioso central son irreversibles y el paciente está con pérdida de la conciencia. Pero la primera parte de este acuerdo lo que tiene que seguir en

¹⁰⁸ Adorno Roberto. Bioética y dignidad de la persona. Pág. 156. Editorial TECNOS, S.A. 1988 Madrid.

¹⁰⁹ Gascón Abellan Marina. ¿De qué estamos hablando cuando hablamos de eutanasia? Humanitas, Humanidades Médicas - Volumen 1 - Número 1 - Enero-Marzo 2003 22

discusión es en el paciente en vigilancia o semi-vigilancia, que sufre orgánicamente y psíquicamente y no podemos aceptar en el siglo XXI, que la presencia de un dolor neuropático o un problema de índole psíquico deba estar al debate de la muerte, pues los adelantos tantos médicos en la línea farmacológica y neuroquirúrgica como los bloqueos y desaferentaciones a nivel central y periférico, no pueden dejarse de lado, dejando que un ser humano viva lo que tenga que vivir en un estado de eutimia y tal vez con estados momentáneos de endemonia al quitársele el dolor o el estado que lo acongoja, para eso existen los médicos calificados y el personal de salud que no solo pueden estar en un a priori en debates teóricos, sino que la verdadera validación de su profesión está en su actuar en la práctica diaria con el enfermo. Sin embargo el motivo de nuestra investigación es sobre la indicación de no reanimar y limitar el esfuerzo terapéutico” en enfermos neurológicos irreversibles y lo que queremos reflexionar por qué un grupo de personas en tercera opción desearía la eutanasia y una de las explicaciones es que las posiciones recientes a favor de ella es la noción de la calidad de vida, que el médico ha informado y que los responsables pueden pensar de diferente forma, pero hay un grupo que lo desea, lo solicita y firma el consentimiento de no reanimar y de limitar el esfuerzo terapéutico, porque consideraron que ya no hay nada más que hacer, o porque es un “muerto en vida” o porque les va traer deterioro anímico en su familia al verlo así y con gastos que no podrían afrontar, etc. por lo tanto es entendido en un sentido consecuencialista o el “fin justifica los medios”.

Lo que debe tomarse en cuenta que la eutanasia por acción u omisión es

muerte o sea se mata por actuar y por no actuar, la creencia de que con la eutanasia se beneficia de que no sufra, y aquí nos preguntamos sobre la investigación si el ser humano está con daño neurológico irreversible, su corteza cerebral no integra, ¿podrá tener sufrimiento? o nos estamos preocupando por el sufrimiento de los que los rodean y por lo tanto se le mata al enfermo para que los otros no sufran, así como no sufra el sistema sanitario al mantener a un ser humano con medidas de “vida artificial”, que va demandar diferentes tipos de gastos, “que podrían ayudar a otros seres humanos con mejores probabilidades”, pero los médicos también tienen sus ideas, sus creencias también es humano y “el médico que práctica la eutanasia puede creer subjetivamente que hace bien al paciente, puesto que le abrevia el sufrimiento. Sin embargo, objetivamente, y más allá de las buenas intenciones que puede tener, le mata”¹¹⁰ “Desde el punto de vista jurídico, en casi todos los países no hay ninguna duda al respecto “por compasión” es considerado un homicidio.¹¹¹ Y si el comportamiento es puramente negativo, es decir, si consiste en abstenerse de prestar ayuda al paciente, puede incurrir en homicidio por omisión.

La vida no tiene precio, ni tampoco puede ser comparada con la vida de otro, ya que nadie tiene derecho de juzgar sobre el valor de la vida de otro sujeto, en la concepción de que la vida no tiene valor sino dignidad, que en ese sentido Kant dice: “En el reino de los fines, todo tiene o un precio o una dignidad. La que tiene un precio puede ser reemplazado por un equivalente;

¹¹⁰ Adorno Roberto. Bioética y dignidad de la persona. Pág. 157. Editorial TECNOS, S.A. 1988 Madrid.

¹¹¹ Montano Pedro. Eutanasia y omisión de asistencia, Facultad de derecho, Universidad de la República, Montevideo, 1994.

en cambio, lo que es superior a todo precio, lo que por tanto no admite ningún equivalente, es lo que tiene una dignidad”¹¹²

Pero entonces donde quedaría el principio de autonomía que es el más moderno de los principios de la bioética, frente a las limitaciones éticas y jurídicas que presenta en el caso de la eutanasia. Autonomía no significa que podamos hacer lo que creamos, pero si implica la idea de libertad personal, como fue visto por primera vez por Boecio en el siglo V, que definió por primera vez a la persona como sujeto independiente del grupo social, pues hasta ese momento no se concebía la posibilidad de que una persona actuara según expectativas diferentes a las de la familia y/o el estrato social al que pertenecía. Como es sabido en el Informe Belmont , se reconoce la necesidad del respeto a la opinión de las personas enfermas (autonomía), de la práctica profesional beneficiante y de la justicia a las que Beauchamp y Childress agregaron un año más tarde el concepto de no maleficencia que es aceptado universalmente como cuarto principio. Sin embargo es interesante que una idea traiga otra que la apoye pero también puede surgir el antagonismo de las ideas, pues suponen que el reconocer el protagonismo de los pacientes que sostienen su autonomía podrían tomar decisiones erróneas, ya que no son capaces de entender e integrar la información sobre su enfermedad y afirman que los profesionales declinan sus responsabilidades cuando permiten que sea el paciente quien tome la decisión y limitan el papel del médico a informar sobre cuestiones técnicas difíciles de comprender. El principio de autonomía exige el respeto a la

¹¹² Kant Immanuel, Grudlegung zur Metaphysik der sitten, tomo IV, Berlin, 1911, Pag. 434.

capacidad de decisión de las personas, y el derecho a que se respete su voluntad, en aquellas cuestiones que se refieren a ellas mismas, pero también debe verse la autonomía del médico, que no siempre se reflexiona, sino que muchas veces en esa relación el enfermo tiene derechos, pero no se explica que todos tenemos derechos y deberes que cumplir, por lo tanto existe la autonomía del médico que debe contemplarse en su capacidad de decisión en el contexto de una relación terapéutica, por lo tanto la participación activa del paciente en la relación terapéutica no convierte al médico en un mero servidor que obedece lo que el enfermo le impone dictatorialmente: el médico conserva su propia capacidad de decisión, y puede negarse a realizar acciones que considere inadecuadas, sea por razones médicas, sea por razones morales.

La decisión de la persona y su expresión firmada en un consentimiento informado, no es simplemente un documento “medico” o de “salud”, sino que la gran mayoría de letrados consideran que sus bases están en los derechos humanos y que por el logos histórico “los médicos no hemos respetado”, por nuestra actitud de curar en forma “beneficiente”, sin interesarnos la “autonomía” del enfermo o del paciente, ya que a diferencia de otros no atendemos clientes aunque para “algunos” supondría lo mismo, debiendo recordar que también se enferma a los inocentes sanos, en las cárceles, pero también se enferma o se contribuye con enfermarlos cuando tienen que seguir largas contiendas y juicios, donde muchas veces el tiempo no es de interés y el tiempo pasa y la tranquilidad se pierde, pero “errare humanum est”, sin embargo a diferencia de nosotros, los médicos, parece

que somos los únicos a quienes se nos puede tratar de “negligentes”, de “impericia”, “imprudentes” y de “mala práctica”, al fin y al cabo los médicos son buenos y buenos médicos, no enjuician a nadie o tal vez por que quisieran vivir más tranquilos, han desterrado la maleficencia que podría persistir en otras formas de vida y que podrían aplicar en sus relaciones contractuales, mientras que equivocados, nosotros anhelamos la actitud beneficiante antigua con respeto a la autonomía moderna del enfermo, buscando en la justeza el “Primum non nocere”, para eso debemos estar informados como parte de nuestra propia cultura lo que sucede en el campo del derecho médico. La actitud que nos lleva a plantear estos conocimientos son de tipo innovadora e introductoria en los médicos peruanos, ya que todos somos sujeto de derechos y deberes, por lo que en este acápite consideramos tener conocimiento sobre los criterios de quienes se les considera incapaces (art. 43 y 44 del código civil):

1. Los que por cualquier causa se encuentren privados de discernimiento.
2. los sordomudos, los ciegosordos y los ciegomudos que no pueden expresar su voluntad de manera indubitable.
3. los retardados mentales.
4. los que adolecen de deterioro mental que les impide expresar su libre voluntad.

En nuestra revisión sugerimos el conocimiento del código civil, Derecho de las personas Libro I.- Sección primera - Personas naturales.- Título I -

Principio de la persona.- Artículo 1º.- Sujeto de Derecho: La persona humana es sujeto de derecho desde su nacimiento. La vida humana comienza con la concepción. El concebido es sujeto de derecho para todo cuanto le favorece. La atribución de derechos patrimoniales está condicionada a que nazca vivo y el Artículo 45º.- Representante legal de incapaces: Los representantes legales de los incapaces ejercen los derechos civiles de estos, según las normas referentes a la patria potestad, tutela y curatela.

Existe otra figura, que los médicos no podemos dejar de lado en una visión de la relación con el enfermo y con el familiar y/o responsable, cuando cumplimos con el deber de informar, pero también tenemos el derecho de conocer cuál ha sido la autorización previa del enfermo, donde se mezclan una serie de factores psicológicos, sociales, culturales, religiosos, pero especialmente legales, que puede ser muchas veces no utilizados adecuadamente, por lo tanto existe otra figura conocida como voluntad anticipada, materia de nuestra investigación y muchas veces que es lo que ¿desea usted y que es lo que deseo yo?.

La figura que presentamos es la "Declaración de Voluntad Anticipada", intrínsecamente expresada en la Declaración Universal de Derechos Humanos, del año 1948, y que en nuestra revisión nosotros consideramos que puede ser sustentadas por el:

Artículo 3.- Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la

seguridad de su persona.

Artículo 6.- Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 25.- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

El tema de la voluntad anticipada, se maneja en muchos otros países, inclusive protocolizado mediante escritura pública, así como la entrega de copias a las personas que considere responsables de hacer cumplir su voluntad e incluya o haga incluir una en su historia clínica en la entidad prestadora de servicios de salud donde esté afiliado o donde llegara a ser hospitalizado; esta escritura pública, ha recibido diferentes nombres en diferentes países, como por ejemplo: “testamento vital, declaración extrajudicial de voluntad anticipada, living will, will to live, , testamento biológico, etc.”

Esta forma de decisión escrita en forma anónima nos da una idea en algún momento de la historia del Perú en el mundo como pensaba un grupo humano sujeto a investigación en situaciones que pudo producir un virtual

estrés o cambios emocionales en muchos de ellos, que pudiera servir de aprendizaje, cuando en algún momento tengamos que afrontar lo que nunca creímos que iba pasar o por lo menos tan prontamente, pero la muerte es una segura invitación que nadie puede faltar, por más que nos aseguremos en retrasarla es por ahora imposible de detenerla.

“El término testamento vital, documento de voluntades anticipadas o de instrucciones previas se refiere al documento escrito por el que un ciudadano manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento que no sea capaz de expresarse personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos.¹¹³ Esta situación se da en el caso de que en un momento determinado se pueda aplicar cuando una persona no estuviese consciente, debiendo haberse colocado dicho documento en la historia clínica del paciente para conocimiento de todos los interesados para que se pueda cumplir con dicho acto o efectuar su revocación o modificación. Veamos la segunda parte sobre la aceptación del consentimiento informado de No reanimar y de Limitar el esfuerzo terapéutico.

1. En la situación de voluntad anticipada firmarían el consentimiento informado, 135 (53,78) personas en el rol de subrogar pero solo 79 (31,47%) personas aceptarían su responsabilidad y 56

¹¹³ Extracto de la legislación española, Artículo 11.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica BOE de 15 de noviembre de 2002]

(22,31%) personas culparían a los médicos si le sucediera algo a su familiar. En la condición de enfermos firmarían 176 (70,11%) personas, siendo la gran mayoría 170 (67,72%) personas que aceptarían su responsabilidad y una minoría 6 (2,39%) personas culparían a los médicos, si algo les sucediera.

La situación de firmar aceptando un consentimiento previamente informado y que haya sido entendido por parte de los responsables, los va conducir a la toma de decisiones de la aceptar o no firmar un consentimiento de no reanimar y de limitar el esfuerzo terapéutico, lo que piensen además podría darse o no, como estar a la expectativa de ver qué sucede, que no va crear problemas por que por ese momento aún no toman otra decisión , el problema es cuando desean hacer un acto maleficente y culpar a los médicos tratantes, por el hecho de ser los que atendieron a su persona o a su enfermo, en el primer caso en una situación virtual, pues el que está enfermo en una situación real está impedido neurológicamente, entonces recaería el problema en los responsables, de allí la importancia entre la buena interrelación humana, pero también del entendimiento de los principios de la bioética y que en el derecho de decisión está planteada el principio de autonomía.

“El principio de autonomía que obliga a hacer partícipe de las decisiones que le atañen y a respetar los deseos del enfermo, no tiene sus raíces en los valores tradicionales médicos, sino en los derechos de la personalidad

reconocidos en el ordenamiento legal vigente.¹¹⁴ Muchas veces nos referimos al enfermo inconsciente, pero puede suceder que momentos antes haya habido una actitud de decisión cuando estuvo en estado de vigilia o que ya tenía planteada su decisión adelantada, surgiendo un desacuerdo con la familia, pero el paciente es el titular del derecho, por lo que la conversación entre las partes debió hacerse más fluida, entendiendo que somos médicos y entendemos la actitud humana, a menos que sea lesiva para nosotros que tenemos que evitarla. “Por lo tanto, nos encontramos en un conflicto ético: no somos nosotros quienes tenemos que decidir por el paciente, sino que la familia será la que tome la decisión dentro de la defensa de los intereses del enfermo”¹¹⁵

La sustentación de la decisión de firmar o no firmar la LET y el NR, está basado en la práctica clínica que a su vez se fundamenta en el desarrollo de la medicina basada en la ciencia y los avances tecnológicos aplicado al soporte vital de los pacientes en estado crítico, han proporcionado los medios para mantener la función orgánica de forma prolongada y casi sin límites, pero que no se deben ser aplicados en todos, por lo tanto hay cuestionamientos, sino negadas.¹¹⁶

Las situaciones en que no se utilizar son las siguientes:

¹¹⁴ Smith DH. Ethics in the doctor patient relationship. En Kathryn A, Koch guest, ed. Medical ethics. Critical Care Clinics. Filadelfia: Saunders Company, 1966; 179 - 197.

¹¹⁵ Council of the World Federation of Societies of intensive and Critical Care Medicine. Declaration of the intent Crit Care digest 1992; 11: 40 - 41.

¹¹⁶ Vincent JL. With holding and withdrawing. En: Tinker J. Browne DRG, Sibbald WJ, eds. Critical Care: Standars, Audits and Ethics. Londres, Arnold Press, 1996; 344 - 349.

- A. Cuando la muerte llega en forma y momento oportunos (ancianos con padecimientos crónicos, irreversibles, de larga evolución y abocados a la muerte de forma natural.
- B. Cuando la muerte se produce inevitablemente en casos de enfermedad maligna diseminada.
- C. Cuando existe un daño o lesión cerebral permanente, que impiden plantear un adecuado nivel de calidad de vida, ya que el paciente no se halla en condiciones de ejercitar sus opciones.

Este último punto clarifica nuestra investigación, pero ¿lo conocíamos y sobre sabíamos aplicarlo?

No debe confundirse la LET y NR con eutanasia, de la que nos hemos ocupado anteriormente, lo que traemos a reflexión es que en los servicios de emergencia y en la unidades de terapia intensiva puede suceder el antónimo de la eutanasia, o sea la "distanasia" o prolongamiento inútil de la vida humana, debido a un manejo terapéutico exagerado que no deja a la persona morir con dignidad, porque se mantiene el dogma: "mientras hay vida, hay esperanza". La distanasia del prefijo griego dys es un "acto defectuoso", significando la prolongación exagerada de la agonía, el sufrimiento y la muerte de un paciente o sea un tratamiento inútil, cuya consecuencia es una muerte médicamente lenta y prolongada, acompañada de sufrimiento ya sea del enfermo en vigilancia y/o de la familia también, por lo tanto se prolonga el proceso de morir. En Europa se conoce como obstinación terapéutica (L'acharnement thérapeutique), este término fue

introducida en el lenguaje médico francés por Jean-Robert Debray, en los comienzos de los 50, y fue definida, por Pohier, como: "...el comportamiento médico que consiste en utilizar procesos terapéuticos cuyo efecto es más nocivo que los efectos del mal que se debe curar, o inútil, porque la cura es imposible y el beneficio esperado es menor que los inconvenientes previsibles". En los Estados Unidos, se utilizan términos como *medical futility*, *futile treatment*, que de acuerdo al DRAE, la futilidad: "de poca importancia, trivial". Por un lado la eutanasia de otro lado la distanasia y entre los grises se encuentra la ortotanasia, que los bioeticistas, reconocen en ella la muerte digna, la "muerte en su tiempo cierto". La aceptación en nuestro país sobre la LET y NR, va madurando, pero aún hay mucho que hacer, para poder entender y hacer entender a los que tiene que decidir que en hospitales de países "más desarrollados" ya se colocan en la cabecera de los enfermos terminales indicaciones de "No resucitar", "No debe ser resucitado", "Código 4", y otras indicaciones de límites de atención terapéutica, que podría de alguna forma alterar la sensibilidad de algunos de nosotros.

La decisión de reanimar o no reanimar y de limitar el esfuerzo terapéutico, está basado en criterios^{117,118,119} que se suelen aplicar con algunas modificaciones, los de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Monte

¹¹⁷ Optimum care for hopelessly ill patients. A report of the Mass. General Hospital. N. Eng. J. Med., 295: 362-364, 1976.

¹¹⁸ Tagge, G. F.; Alder, D.; Bryan-Brown, E. W., y colaboradores: Relationship of therapy to prognosis in critically ill patients. Crit. Care Med., 2: 61-63, 1974.

¹¹⁹ Grenvic, A.; Powner, D. J.; Snyder, J. V., y colaboradores: Cessation of therapy in terminal illness and Brain Death. Crit. Care Med., 6: 284-291, 1978.

Sinaí de Nueva York ¹²⁰ y los del Hospital Presbiteriano de la Universidad de Pittsburgh¹²¹ que son parecidos y pueden complementarse y son los siguientes:

Categoría I: Corresponde a los pacientes en estado crítico que tienen una definida expectativa de recuperación. Son los enfermos que se ingresan a las unidades de terapia intensiva y se les aplica toda la intensidad terapéutica que su condición requiere; esto es, reciben soporte total.

Categoría II: A ellos pertenecen pacientes con muy pocas posibilidades de recuperación (en el orden de 1 %). Se les aplica el máximo esfuerzo terapéutico durante 24 horas, al cabo de las cuales es reevaluado pudiendo reclasificarse.

El grupo de Pittsburgh denomina a esta categoría como de soporte total pero con exclusión de medidas de reanimación cardiopulmonar. Para ellos la característica fundamental es que tienen conservación de sus funciones intelectuales, pero daño irreversible de un órgano vital. Administran todo el tratamiento que el paciente requiere, pero si presenta un paro cardiaco, no aplican medidas de resucitación y le permiten morir.

¹²⁰ Tagge, G. F.; Alder, D.; Bryan-Brown, E. W., y colaboradores: Relationship of therapy to prognosis in critically ill patients. Crit. Care Med., 2: 61-63, 1974.

¹²¹ Grenvic, A.; Powner, D. J.; Snyder, J. V., y colaboradores: Cessation of therapy in terminal illness and Brain Death. Crit. Care Med., 6: 284-291, 1978.

Categoría III: Está constituida por pacientes en los que se ha perdido casi totalmente cualquier posibilidad de recuperación. Son los enfermos que previamente pertenecen a categorías I y II y que evolucionan mal, hacia una dependencia absoluta e irreversible de equipos de sostén de funciones, vitales o que tienen falla multiorgánica irreversible; o que han llegado a una condición de muerte social o biográfica (síndrome apático). Se mantienen las medidas de soporte ya en uso cuya discontinuación induciría la muerte inmediata, y no sólo no se inician medidas terapéuticas —salvo las que estén dirigidas a producir comodidad y alivio al enfermo—, sino que se descontinúan todas las medidas cuyo objetivo, en este caso, sería prolongar el proceso de morir y no el de preservar la vida —este es el concepto que se aplica para reconocer que una medida terapéutica es extraordinaria, como veremos más adelante—, y así no se aplicarían, por ejemplo: hemodiálisis, resucitación, asistencia circulatoria, monitoreo de presión intracraneal, o hemodinámica; y tampoco se inicia la administración de albúmina humana, o la antibioterapia, o son descontinuadas igual que la alimentación parenteral.

Estas decisiones pueden ser calificadas como antidistanásicas, y se aplican para permitir que la muerte llegue porque se considera que no existe ninguna medida terapéutica que puede ofrecer recuperación al enfermo, sino prolongación de su sufrimiento.

Categoría IV: Son clasificados aquí los pacientes que reúnen los criterios para el diagnóstico de muerte desde el punto de vista neurológico, más comúnmente denominada muerte cerebral. En estos casos se declara la muerte de la persona, y si es calificado como eventual donante de riñón se participa al equipo de trasplantes, cuyos integrantes son los encargados de realizar las gestiones ante los familiares. De no ser candidato para donación de órganos, se procede al retiro de los equipos de sostén de funciones vitales.

La clasificación en las categorías antes dichas debe hacerse por unanimidad de los miembros del equipo tratante del paciente, aplicando los conocimientos médicos que en relación a pronóstico se conozcan para el momento. En la asignación de la categoría IV deben estar a cubierto todas las posibilidades de error, aplicando estrictamente el protocolo de diagnóstico de muerte cerebral, que ofrece una especificidad de 100 %.

La asignación de la categoría III, que por la variedad de situaciones que pueden originarla la hacen menos precisa, requiere de un análisis profundamente meditado y utilizando al efecto los razonamientos provenientes de las experiencias objetivas de los trabajos científicos y no la subjetividad de experiencias personales únicamente. En esta decisión no puede haber una relación jerárquica; todas las dudas que tenga el personal de menor experiencia debe plantearlas antes de tomar la decisión de limitar las medidas extraordinarias y de tratamiento.

2. En una situación de voluntad anticipada No firmarían el consentimiento informado, 86 (34,26%) personas, en el rol de subrogar, de los cuales 49 (19,52%) personas, además de no firmar estarían en posición de expectativa para ver qué sucede y 37 (14,74%) personas pensarían culpar a los médicos tratantes, si le sucedería algo a su familiar. En el rol de enfermo no firmaría el consentimiento informado 39 (15,53%) personas, de los cuales 34 (13,54%) además estarían a la expectativa de ver qué sucede y 5 (1,99%) personas además culparían a los médicos si le sucedería algo.

Aun teniendo el conocimiento explicado por los médicos tratantes, como nos hemos ocupado en líneas arriba, un grupo de personas no desean firmar la aceptación de la LET y NR, junto a esta situación de voluntad anticipada también existen aquellas personas que no desean responder tanto en su decisión de solicitar a los médicos tratantes el reanimar o no reanimar, como el firmar o no firmar el consentimiento informado y que de acuerdo a nuestra encuesta hemos hallado:

- Un grupo de personas optaron por no responder la pregunta de firmar o no el consentimiento informado en una situación de voluntad anticipada, 30 (11,95%) personas en el rol de subrogar y 36 (14,34%) personas en el rol de enfermo, correspondiendo a 66 (26,29%) personas que no respondieron.

- Un grupo de personas que optaron por no responder sobre la solicitud qué pensarían hacer a los médicos en de voluntad anticipada, 24 (9,56%) personas en el rol de subrogar y 36 (14,34%) personas en el rol de enfermo, correspondiendo a 60 (23,90%) personas que no respondieron.

Como podemos observar prácticamente es similar el número de personas que no quieren decidir o tener una responsabilidad a futuro.

“Paradójicamente, los pacientes pueden limitar el requerimiento del consentimiento informado eligiendo no ser informados y dejando que otra persona decida los cuidados médicos. Los pacientes competentes pueden renunciar al derecho a dar un consentimiento informado. Algunos pueden pedir al médico de confianza que haga la mejor elección por ellos. Otros pueden proponer a un miembro de la familia como representante y este recibirá la información y tomará las decisiones. Los pacientes que renuncian al derecho de ser informados y a tomar decisiones, en realidad están escogiendo. ...”¹²²

La situación de determinar y de auto determinar son conceptos en los que debe reflexionarse, cuando alguien tiene que tomar una decisión, ya sea en el concepto de individuo o en el concepto de que la familia opina, no es simplemente buscar definiciones o conceptos sino que debemos hacer otro

¹²² Drane James F. El cuidado del enfermo terminal: Ética clínica y recomendaciones prácticas para instituciones de salud y servicios de cuidados domiciliarios. Pág. 73. OPS. 1999. Washington-U.S.A.

meta análisis en la idea de libertad. El término libertad tiene tres significados fundamentales que se han intercalado en el curso de la historia, el primer significado es la autodeterminación o auto causalidad, aquí la libertad es ausencia de condiciones y de límites. El segundo significado de la libertad es la necesidad que se funda en el mismo concepto que la precedente, pero que atribuye la autodeterminación misma a la totalidad o sea al mundo, a la sustancia, al estado, a la cual el hombre pertenece y la tercera concepción de la libertad como posibilidad o elección según la cual es limitada y condicionada, es finita.¹²³

Consideramos la tercera posibilidad de libertad, ya que las dos primeras tienen un núcleo conceptual común, en cambio la tercera es abierta a la causa y a las partes, por lo cual consideramos en este caso la idea platónica de que la libertad consiste en una “justa medida” apelando al mito de Er y eso es lo que han hecho los que eligieron no firmar y los que eligieron no responder, en su libre elección los que eligieron aceptar pero en su trasfondo humano buscaban a quien culpar.

Finalmente en relación al consentimiento informado el uso de la autonomía y libertad de decidir de los pacientes y de los familiares que subrogan por causa de incapacidad, tienen límites, pues todos tenemos deberes y derechos y el deber de ellos es dar información y cooperar con las autoridades de salud y en nuestro caso, el privilegio terapéutico.

¹²³ Abbagnano Nicola: Diccionario de Filosofía. Pág. 738. Fondo de Cultura Económica. México 3ra. Edición. 1998

CAPITULO V

IMPACTOS

Hemos seguido todos los pasos de la directiva RD N° 080.EPG.2010, de la UPG, que trata sobre el otorgamiento de la elaboración de la tesis. Con respecto al Capítulo 5, este es OPCIONAL. Sin embargo lo considero de mucha importancia, porque nos permitirá aclarar los motivos de nuestra investigación y poder sustentar nuestras propuestas.

Sustentación de Motivos

Cuando nos referimos a la ciencia y a la tecnología debemos tener en cuenta que mezclamos un proceso intelectual, que se refieren a procesos causales dentro del mundo material, empleando una metodología experimental que tiene como resultado demostraciones empíricas que pueden verificarse mediante la repetición.

Gracias a los avances científicos y tecnológicos en el campo de la medicina, a partir de las últimas décadas del siglo pasado, ha ayudado en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes, conservándolos más tiempo, con mejor calidad vida, especialmente por las investigaciones del

sistema nervioso, realizado por notables disciplinas de la neurología clínica y quirúrgica, y de la psiquiatría, que conforman la Neurociencia.

Con respecto al problema de la relación de la Mente y el Cuerpo, en el campo de la ética y la epistemología ha persistido y persistirá, debido a la posición en los extremos de quienes lo defienden o lo rebaten, ya sea por desconocimiento que no solo es un problema científico sino filosóficos, pues no se pueden explicar en forma completa muchos mecanismos del sistema nervioso relacionado al dolor, la conciencia, el sueño y los problemas al final de la vida o la muerte en sí, debiendo los médicos por nuestra formación clínica tener el privilegio que nuestras investigaciones vayan aunados al correlato clínico en lo trabajamos a diario que en nuestro caso es sobre el sistema nervioso basado en dar solución a dichos problemas a través de una Medicina Basada en Evidencias.

En base al concepto biológico del ser humano o sea de pertenecer a la especie homo sapiens, el poseer un genoma humano y nacer de padres humanos por un lado y de otro lado como persona en el concepto abstracto cultural de individuo autoconsciente, racional y moral y en ambos casos frente a las diferentes injurias, noxas y patología bajo las concepciones científico-filosóficas de la relación mente y el cuerpo y en respeto a la dignidad, salud psicofísica, pensamiento, creencias y deseos, en cuanto a su autonomía, que deben mantenerse considerados durante la evolución de la vida y en el proceso de la muerte, especialmente cuando no se pueda decidir por sí mismo, evitará problemas éticos y jurídicos de los que

subrogan, de los médicos tratantes y del personal de salud, teniendo en cuenta la actualidad científica y tecnológica. Por tanto proponemos a la comunidad científica, filosófica, religiosa y jurídica lo siguiente:

PROPUESTAS GENERALES

PRIMERA PROPUESTA SOBRE LA TANATOLOGÍA

Sustentación:

El conocimiento de la tanatología, es un tema que no se toca mucho en medicina y que sin embargo en la práctica diaria, los médicos sostenemos grandes contiendas para poder liberar a los enfermos de tales problemas, lo cual nos lleva a la revisión de su definición ajustado a los seres humanos, “la tanatología es una disciplina integral que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos, aplicando el método científico o técnicas forenses, tratando de resolver y enfrentar las situaciones conflictivas que suceden en torno a ella, desde distintos ámbitos del saber, como son la medicina, la psicología, la antropología física, la religión y el derecho”.

Por lo cual debe considerarse como tema, tópico o capítulo en los programas de enseñanza en todo nivel como parte del desarrollo del ser humano.

SEGUNDA PROPUESTA SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y LOS ENFERMOS NEUROLÓGICOS CON DAÑO IRREVERSIBLE Y LOS ENFERMOS TERMINALES

Sustentación:

El conocimiento de enfermo con daño neurológico irreversible confirmado por neuroimágenes y no tributario a manejo clínico y/o quirúrgico de acuerdo al desarrollo de la ciencia y la tecnología médica, se hallan sujetos a la No reanimación y a la limitación del esfuerzo terapéutico, así como la atención y la interpretación en el manejo de los enfermos terminales, debido a que son “personas que se encuentra en la etapa final de algunas enfermedades crónicas, especialmente de las cancerígenas, por lo cual es preciso abandonar los tratamientos de finalidad curativa, ya que no le aportan beneficios a su estado de salud, sustituyéndolos por otros cuyo objetivo es controlar y paliar los síntomas, tanto físicos como psíquicos que originaron su enfermedad.

Estos enfermos sujetos a cuidados paliativos como “las atenciones, cuidados y tratamientos médicos y tratamientos farmacológicos, se dan a los enfermos en fase avanzada y enfermedad terminal con el objetivo de mejorar su calidad de vida y conseguir que el enfermo esté sin dolor”. Esta fase de manejo es importante explicarla a los familiares ya que dichos cuidados no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte integral para el paciente y su familia.

TERCERA PROPUESTA SOBRE EL CONCEPTO DE DIGNIDAD Y DE CARIDAD

Sustentación:

No basta mencionar la palabra “dignidad”, sino interpretarla a la luz de la autonomía, la libertad y el respeto que todos merecemos no importando quiénes y cómo seamos. La “dignidad”, término muy utilizada en el siglo XX y que su exceso puede llevar a considerarla como “orgullo”, es un problema que no es nuevo, pues ya estaba en las concepciones griegas antiguas.

Platón, consideraba que el ser humano al tener *alma racional* se elevaba por encima de otras entidades del mundo y según Aristóteles, pensaba que los seres humanos al estar dotados de *psique*, tenía la capacidad de auto movimiento, ya que era este principio vital, la condición de cualquier ser vivo pues estaban dotados de un alma vegetativa, irracional, distinguiendo al *anthropos* por estar dotado del alma racional, facultándolo para pensar, razonar, elaborar ciencia y repensar en la filosofía. La concepción del alma en el pensamiento de bases judías, explicaría porque el ser humano, estaría por encima de todas las criaturas y era debido a que somos hechos a imagen y semejanza de Dios.

La filosofía de Immanuel Kant sobre la idea filosófica de la dignidad humana, se destaca en él cuando afirma que: el hombre es un fin en sí mismo, no un medio para usos de otros individuos, lo que lo convertiría en una cosa.

Con respecto al concepto de caridad, deberá hacer de conocimiento en las diferentes escuelas de medicina y de licenciados de la salud que la evolución del ser humano no solo debe interpretarse como el desarrollo del sistema nervioso especialmente el encéfalo, sino también la evolución del pensamiento tanto en el ámbito antropológico y social, de allí que el hombre fue formando tribus, sociedades por un lado y por otros pueblos y ciudades llevándolo a compartir no solo espacio sino también a convertirse en un ser empático, demostrado por estudios en monos en el correlato imagenológico, de tal manera que la caridad, no solo es una actitud más desarrollada en unos más que en otros sino que está ligado a la evolución del género *homo sapiens*.

Las investigaciones sobre el desarrollo del ser humano, avanzó por hallazgos del *Homo sapiens* del paleolítico. En las cuevas de Dordogne se encontraron restos óseos del llamado del hombre de Cro-Magnon, en esas cuevas se desarrolló un nuevo sistema de vida, utilizaron herramientas hechos de piedra, confeccionaron armas y tallaron huesos, lo que llamó la atención en estos hallazgos fueron los cráneos perforados y el entierro de sus muertos, acompañados de sus ornamentos y armas, que induce pensar que tuvieron un pensamiento mágico, tal vez religioso y conocieron el concepto de caridad por el cuidado y respeto que les dieron, probablemente dirigidos por hechiceros como el *hechicero Médico de Cro-Magnon* y estuvieron investidos de autoridad para combatir las enfermedades y de no abandonar a sus muertos. Sin embargo, la evolución del ser humano, no fue un paso tras otro, sino que al parecer pudieron convivir con otros del género

homo como son Neandertales, que se considera que no es ancestro del ser humano actual, pues ellos vivían con los Cro-Magnones, sin embargo se sigue dilucidando científicamente si hubo mestizaje. Estos estudios nos debe enseñar a los médicos y personal de salud el respeto por la dignidad en todos los seres humanos, el desarrollo de la empatía y el desarrollo del concepto de caridad.

CUARTA PROPUESTA SOBRE LA INVESTIGACIÓN Y EL INVESTIGADOR

Sustentación:

El investigador debe manejarse en la línea de su perfil académico, pues la medicina actual se basa en las evidencias, que en el caso de los médicos son encontradas prontamente de acuerdo a su entrenamiento en determinada especialidad, lo que le da la validez de sus estudios.

En nuestro caso, nuestra especialidad es la neurocirugía y nosotros atendemos generalmente a pacientes neurológicos con patología agudas relacionados con la alteración de la conciencia y la muerte, de índole neuroquirúrgica, y especialmente atendemos a dichos enfermos en los servicios de emergencia. Además desde el punto de vista legal y ético, trabajamos también bajo el amparo del Reglamento de la ley general de donación de órganos y/o tejidos humanos - “Decreto supremo N° 014-2005-S.A., que en su artículo 4, dice: Se considera muerte encefálica al cese irreversible de las funciones del tronco encefálico cuyo protocolo de diagnóstico se establecen los artículos 7 y 8 del presente reglamento. El acta de comprobación de la muerte encefálica es responsable del director del establecimiento o su representante, el neurólogo o neurocirujano y el médico tratante”.

La investigación que hemos llevado a cabo es la de un enfermo con daño neurológico irreversible confirmado por neuroimágenes. Dicho enfermo presentó una enfermedad aguda caracterizada por: deterioro neurológico, pérdida de conciencia, inestabilidad de las funciones vitales, alteración del

patrón respiratorio y que habiendo recibido todo lo que la medicina puede ofrecerle, no presenta mejoría, pudiendo presentar paro cardiorrespiratorio, en cualquier momento, siendo su pronóstico desfavorable. De tal manera, que de persistir con algún tratamiento podría quedar en estado vegetativo o muerte cerebral, llevando a los investigados a la toma de decisiones a través de un Consentimiento Informado en la situación de voluntad adelantada en el rol de enfermo y de quien subroga a un enfermo en tales circunstancias.

Con respecto a la investigación seremos puntuales:

- deben ser personales y no a través de terceras personas.
- debe utilizarse el consentimiento informado solicitando el permiso previo a las personas en general y a los pacientes para realizar sus encuestas, estudios, etc. y sin inmiscuirse dentro de las labores de los encuestados.
- Debe aceptarse que las investigaciones no solo deben ser dirigidos a la realización de encuestas considerando al ser humano como un ser biológico-matemático, sino que se debe entender que la bioética es parte de la ética aplicada, por lo tanto, las investigaciones pueden ser realizadas tanto en el campo del pensamiento científico, como filosófico, pero que debe tener utilidad para los seres humanos, relacionados con nuestra realidad.

PROPUESTA ESPECÍFICA

SOBRE EI CONSENTIMIENTO INFORMADO POR VOLUNTAD ADELANTADA

Su importancia radica en:

1° su definición: “La decisión personal de ser sometido o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar la vida cuando se encuentre en etapa terminal y por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona”.

2° la toma de decisión de donación de órganos y tejidos.

3° ser una propuesta de ley que debe ser regulada por la ley peruana, pudiendo ser solicitada por personas mayores de edad y en uso de sus facultades mentales, entendiendo que no está relacionada con la eutanasia, ni el suicidio y que solo conduce a continuar el curso natural de la enfermedad que no tiene medios de tratamiento comprobado, contribuyendo a que la persona pueda vivir con dignidad y respeto a su autonomía, hasta el último momento de su vida y sin vulnerar los derechos y deberes del médico que preservan la calidad de la vida del enfermo en base de la ciencia y la tecnología médica actualizada, recomendándose a los firmantes su valoración periódica o acto de revocación.

4° su inserción en la historia clínica como una opción de decisión previa mientras pueda decidir por sí mismo.

5° evitar métodos terapéuticos clínicos y/o quirúrgicos desproporcionados o inútiles de alargar la vida cuando la ciencia y la tecnología médica ya no puedan dar solución alguna debido al deterioro neurológico irreversible comprobado por imagenología y en los pacientes considerados enfermos terminales.

6° su finalidad, como es la de proteger la dignidad del ser humano y la persona al final de su vida recibiendo cuidados paliativos como el manejo del dolor y de otros síntomas concomitantes, así como adecuadas condiciones de higiene, nutrición y comodidad, en compañía de sus seres amados, si así lo hubiera deseado.

7° su decisión de morir en el lugar que más le convenga el hospital o su casa, teniendo en cuenta que al evitar gastos de los medios hospitalarios, puedan ser utilizados en enfermos con mejor opción y pronóstico, evitando también el desgaste no solo económico, sino anímico de sus familiares, amigos y de los propios profesionales que los atienden con conocimiento y amor.

CONCLUSIONES

EN RELACIÓN AL OBJETIVO GENERAL

Número de personas encuestadas:

- Entendieron el caso clínico presentado: 241 (96%).
- La información escrita protege a:
 - Médicos y enfermos (ambos): 139 (55,4%).
 - Médicos: 51 (20,3%).
 - Enfermos: 37 (14,7%).
 - Ninguno: 24 (9.6%)
- Los médicos deben entregar una copia del consentimiento informado por escrito: 251 (100%).
- El formato de consentimiento informado de NR y LET debe generalizarse en los hospitales: 248 (98,8%).
- Debe existir un acto de revocación: 251 (100%).

EN RELACIÓN A LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

I. En la situación de voluntad anticipada, frente a un enfermo con daño neurológico irreversible confirmada por neuroimágenes, no sujeto a recibir tratamiento neuroquirúrgico y de acuerdo a su evolución podría presentar paro cardiorrespiratorio, las personas encuestadas solicitaron a los médicos tratantes:

- No ser reanimados, lo mantengan con lo necesario y confortable, sin extremar medidas:
 - En el rol de subrogar 110 (43,82%).
 - En el rol de enfermo 104 (41,43%)..
- Ser Reanimados:
 - En el rol de subrogar: 107 (42,62%).
 - En el rol de enfermo: 52 (20,17%).
- La Eutanasia:
 - En el rol de subrogar: 10 (3,98%)
 - En el rol de enfermo: 59 (23,50%).
- No respondieron:
 - En el rol de subrogar: 24 (9,56%).
 - En el rol de enfermo: 36 (14,34%).

II. En la situación de voluntad anticipada, las personas encuestadas frente al Consentimiento Informado de No Reanimar y de Limitar el Esfuerzo Terapéutico, decidieron:

- Firmar y aceptar la responsabilidad:
 - En el rol de subrogar: 79 (31,47%).
 - En el rol de enfermo: 170 (67,72%).

- Firmar pero culparían a los médicos si sucediera algo:
 - En el rol de subrogar: 56 (22,31%).
 - En el rol de enfermo: 6 (2,39%).

- No firmar y estar a la expectativa para ver qué sucede:
 - En el rol de subrogar: 49 (19,52%).
 - En el rol de enfermo: 34 (13,54%).

- No firmar y culparía a los médicos tratantes:
 - En el rol de subrogar: 37 (14,74%).
 - En el rol de enfermo: 5 (1,99%).

- No respondieron:
 - En el rol de subrogar: 30 (11,95%).
 - En el rol de enfermo: 36 (14,34%).

RECOMENDACIONES

SOBRE LOS OBJETIVOS GENERALES

1°. CON RESPECTO A LAS SIGUIENTES CONCLUSIONES:

- Entendieron el caso clínico presentado
- Los médicos deben mantener informados sobre la calidad de vida del enfermo.
- Los médicos deben dar información previa antes que los enfermos y/o responsables se pronuncien sobre el consentimiento informado.

Recomendamos:

- La información debe ser entendida por los interlocutores.

Fundamento:

- La comunicación debe ser fluida desde el inicio y procurando un cambio de actitudes que permitan la interacción entre el transmisor y el receptor, resolviendo las dudas, dosificando el tiempo y finalmente confirmar que hemos sido entendidos, preparando así, el momento del consentimiento informado, realizando una exposición científica entendida por arte.
- El consentimiento informado es la culminación de un proceso gradual en el seno de la relación médico - paciente y/o familiar en virtud del

cual se acepta o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico. En este proceso el médico ha debido informar en cantidad y calidad suficiente sobre la naturaleza, beneficios y riesgos del procedimiento, así como sus posibles alternativas. Así entendido, el propósito del consentimiento informado es la participación informada del paciente y no la obtención de un documento de salvaguardia.¹²⁴ Por lo cual es necesario comprender el concepto de "actitudes" con "aptitudes".

- "Las actitudes son el motor que organiza, dirige y regula las disposiciones a la acción del individuo. Son la antesala directa de la conducta manifiesta. Al conocerlas, controlarlas y operar sobre ellas se puede intervenir y orientar la acción humana o, al menos, pronosticar con certeza su dirección, lo que es uno de los caros anhelos de las ciencias sociales."¹²⁵
- "La entrevista médica es el instrumento más poderoso, sensible y versátil de que dispone el médico"¹²⁶ A pesar del despliegue y énfasis que se hace en las modernas tecnologías, todo médico sabe que ninguna de ellas puede sustituir el diálogo con el paciente.

¹²⁴ Gracia D. Los cambios en la relación médico-enfermo. Med Clin (Barc) 1989; 93: 100-2.

¹²⁵ Merino J. Dimensiones socioculturales de la modernización. Folleto Universidad de Concepción, Chile; 1987.

¹²⁶ Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? In: White KL, editor. The task of medicine: dialogue at Wickenburg. Menlo Park (CA): Henry J. Kaiser Family Foundation; 1988. p. 133 -177.

- La calidad de la comunicación es tan importante que, se ha demostrado que hay una relación directa con las demandas por mala práctica por una deficiente calidad comunicativa.¹²⁷

2°. CON RESPECTO A LAS SIGUIENTES CONCLUSIONES:

- Por las experiencias teóricas que se les mostro a los encuestados:
 - Situación de un enfermo con daño neurológico irreversible
 - Situación de casos neurológicos de posibilidad neuroquirúrgica en emergencia.
 - Actuación del encuestado en el rol de quien subroga y de enfermo.
 - Valoración de un enfermo en probabilidad de PCP.
 - Valoración de un Conocimiento Informado por Escrito de No Reanimar y de limitación de esfuerzo Terapéutico.
 - Difusión de este tipo de estudios en hospitales.

Recomendamos:

- La experiencia adquirida y la asistencia inmediata.

Fundamento:

- Que en los centros académicos donde estudian mayores de edad, deban hacerles conocer que existen medios de atención de urgencias

¹²⁷ Willson, A. The Human Effect in Medicine: Theory, Research and Practice. Journal of Medical Ethics; London; Dec 2001.

y del aprendizaje RCP básico.

- En general los alumnos de los colegios, deberían conocer como es un servicio de emergencia si no es posible en el mismo campo de operaciones, se les debe enseñar en forma virtual y aprender el uso adecuado de los servicios con una finalidad de no entorpecer el manejo de aquellos que lo requieran primero y conocer que la muerte es parte de la vida y debe prevenirse antes que lamentar una perdida.
- Como ser social, el ser humano está en constante interacción con su entorno, presto a una serie de cambios y acontecimientos que son siempre únicos, en donde es capaz de transformar y/o adaptarse a ellos; estos eventos van a constituir las experiencias de vida que guían su actuar. Sin embargo, es más trascendente la calidad e intensidad de sus ideales, valores, preferencias y actitudes en relación con la vida, cultura, el medio social en que se desarrolla.¹²⁸
- La persona que acude a un servicio de emergencia para ser atendida por una enfermedad de aparición súbita que le causa desequilibrio biológico, psicológico y social, presenta signos y síntomas que le generan incomodidad, angustia e interrupción abrupta de su ritmo de vida. Por lo tanto, la atención debe caracterizarse por un alto componente de calor humano y apoyo al paciente para asimilar el

¹²⁸ Parse R, Coyne A, Smith M. (1985). Nursing research: qualitative methods. Maryland, Communications Co.

problema y asumir el tratamiento. No obstante, éste es uno de los servicios donde con mayor frecuencia se observa en el personal de salud: una tendencia a la deshumanización y a centrar la atención en el aspecto meramente físico.¹²⁹

- Reflexionar que el manejo con rapidez en los servicios de emergencia tienen bases biológicas, ya que las cascadas bioquímicas empiezan prontamente y hay inhibición del transporte axoplasmico y ningún paciente aunque aparentemente pudiera parecer estar bien o no tenga huellas externas de sangrado, no deberán dejarse no solo de evaluar, sino de hacerle un seguimiento por observación, aun habiendo pasado por una clasificación (triaje).
- La aplicación del triaje, se han ido modificando desde los años 60, con diversos planteamientos basados en escalas categorización¹³⁰ y validez¹³¹, utilizándose partir de los años 90 nuevas escalas de 5 niveles de priorización que pueden ser aplicadas en modelos del denominado triaje estructurado¹³².
- La aplicación de dichas escalas parte de un concepto básico en triaje:

¹²⁹ Jiménez, P. (2000). Cuidados de la autoestima del paciente hospitalizado. Revista Sociedad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, 2, 71-78.

¹³⁰ Travers DA, Waller AE, Bowling JM, Flowers D, Tintinalli J. Five-level triage more effective than three-level in tertiary emergency department. J Emerg Nurs 2002; 28: 395-400.

¹³¹ Wuerz RC, Fernández CM, Alarcón J. Inconsistency of Emergency department triage. Ann Emerg Med 1998; 32: 431-435.

¹³² Wuerz RC, Travers D, Gilboy N, Eitel DR, Rosenau A, Yazhari R. Implementation and refinement of the Emergency Severity Index. Acad Emerg Med 2001; 8: 170-176.

lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente¹³³. Ello hace posible clasificar a los pacientes a partir del “grado de urgencia”, de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán evaluados hasta ser vistos por el médico.

3°. CON RESPECTO A LA CONCLUSIÓN:

- Copia del consentimiento informado por escrito.

Recomendamos:

- Entregar una copia del consentimiento informado por escrito

Fundamento:

- En nuestro país, no se acostumbra hacerlo, sin embargo es un derecho que no debe dejarse de lado, ya que si el médico fue consciente de lo que escribió, también podrá sostenerlo, además que psicológicamente puede brindar “confianza” a quien lo recibe.
- El recibir la copia luego de ser firmado el consentimiento informado por ambas partes y testigos, deberá seguir el conducto regular del centro u hospital, quedando registrada en la historia clínica y en el consentimiento informado que les fue entregada una copia y firmada su aceptación. Una copia quedará en la historia clínica, pudiendo ser

¹³³ Tudela P, Módol JM. Urgencias hospitalarias. Med Clin (Barc) 2003; 120: 711-716.

confrontadas ambas, en cualquier momento.

4°. CON RESPECTO A LA CONCLUSIÓN:

- el acto de revocación.

Recomendamos:

- En un consentimiento informado, debe existir un acápite sobre el acto de revocación.

Fundamento:

- Siendo el consentimiento informado un procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, pero con respeto a los derechos y deberes de las partes, debe cumplir tres requisitos: la voluntariedad de someterse a un tratamiento; la información y la comprensión. No obstante, aún de haber firmado el consentimiento informado con los tres criterios expuestos, el paciente o familiar puede revocar en uso de su autonomía; pero el uso de su autonomía también tiene límites, de tal manera que deberá evaluarse los casos manteniendo el dialogo y no solo aceptar, lo que más tarde podría ser considerado una negligencia médica.
- Salvo para tratamientos autorizados legalmente de manera involuntaria, los pacientes legalmente competentes para tomar decisiones médicas o que sean calificados por los proveedores salud

de tener la capacidad de decisión, tienen el derecho legal y moral de rechazar cualquier tratamiento. Esto aplica incluso si el paciente opta por hacer una "mala decisión" que pueda resultar en una discapacidad grave o incluso la muerte.¹³⁴

5°. CON RESPECTO A LAS CONCLUSIONES:

- La información escrita protege al médico y al enfermo
- El formato de consentimiento informado de NR y LET, debería generalizarse.

Recomendamos:

- El deber y el derecho a informar y ser informado.

Fundamento:

- El ser humano teniendo como base el uso de la razón y la palabra, tiene el deber y el derecho a informar y ser informado. En una situación de impedimento, es importante tener en cuenta si la atención es en hospitalización o en emergencia. "La atención del paciente en el servicio de emergencia, independientemente del nivel de complejidad y del motivo de consulta, involucra tres elementos que intervienen desde el principio hasta el final del proceso; el paciente, que es el actor principal; el acompañante, generalmente un familiar o

¹³⁴ Zuniga Fajuri, Alejandra. Derechos del paciente y eutanasia en Chile. Rev. derecho (Valdivia), Valdivia, v. 21, n. 2, dic. 2008.

amigo; y el profesional de salud que lo atiende. Para brindar un cuidado integral debe ocurrir una interacción continua entre los tres elementos.¹³⁵ Sin embargo también deben haber condiciones que hagan optimas la situación del proceso de la información, para lo cual se necesita de la creación de un clima emocional buscando disminuir el estado de ansiedad y de amenaza, por quienes tienen que decidir, conociendo como médico, que si no se crea el clima de tranquilidad el sistema endocrino-vegetativo y el sistema límbico inhibirán gran parte de la actividad mental del córtex pre frontal y dedicaran su energía ideando y haciendo todo tipo de combinaciones asociativas con el fin de protegerse de la inseguridad que están experimentando, muchas veces como resultado, que los enfermos y familiares observan nuestras actitudes como profesionales, que algunos creen que cuando más apurados se nos vea, más importante es nuestro trabajo.

6° CON RESPECTO A LA CONCLUSIÓN:

- Situación de Voluntad adelantada

Recomendamos:

- Proponer y difundir estudios en situación de voluntad anticipada.

Fundamento:

- La voluntad anticipada o directrices previas son instrucciones escritas

¹³⁵ Duran Roja, C. Guías para Manejo de Urgencias. "Atención humana del paciente de urgencias" Cap. XI Fundación Santa Fe de Bogotá.

sobre su cuidado médico en forma de testamento vital y/o poder legal.

Las directrices previas tendrán efecto cuando la persona ya no sea capaz de tomar decisiones.

- Es importante distinguir en la difusión, que la Voluntad Anticipada regula la "ortotanasia" no la "eutanasia".
- Las voluntades anticipadas aportan tranquilidad, seguridad ética y jurídica tanto a los médicos como a los familiares.
- Protege los derechos humanos.
- En el Documento de Voluntad Anticipada puede dejarse constancia, de la decisión de donación de órganos.
- Entonces podremos vivir, conforme a nuestros principios y convicciones, hasta el último día, pero respetando a los demás.

SOBRE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Con respecto a una situación de voluntad anticipada, las personas de la encuesta Solicitaron a los médicos tratantes:

- 1º No ser reanimados, lo mantengan con lo necesario y confortable, sin extremar medidas,
- 2º Ser Reanimados,
- 3º La Eutanasia,
- 4º No respondieron.

Frente al Consentimiento Informado de No Reanimar y de Limitar el Esfuerzo Terapéutico, decidieron:

- 1º Firmar y aceptar su responsabilidad,
- 2º Firmar pero culparían a los médicos si sucediera algo,
- 3º No firmar y estar a la expectativa para ver qué sucede,
- 4º No firmar y pensar en culpar a los médicos tratantes,
- 5º No responder.

1º. EN AMBOS CASOS RECOMENDAMOS:

- Investigación de voluntad anticipada en situaciones virtuales de las diferentes especialidades médicas.

Fundamento:

- La voluntad es la facultad que permite al ser humano gobernar sus actos, decidir con libertad y optar por un tipo de conducta

determinada, es el poder de elección con ayuda de la conciencia y dota al ser humano de capacidad para llevar a cabo acciones contrarias a las tendencias inmediatas del momento.

- Sin voluntad no se pueden lograr objetivos planeados y es un problema filosófico cuando se investiga sobre el libre albedrío, que lleva a serias interrogantes sobre la existencia humana. En otras palabras no sabemos, como va responder un grupo humano y como puede responder un individuo de ese grupo, por lo tanto es importante que el médico realice investigaciones de lo que podría suceder en un futuro incierto en su propia especialidad, entrenándolo para cuando tenga que informar sobre un enfermo que está en un estado terminal, mostrando una adecuada actitud con la que tendrá que afrontar dicha situación, de allí la necesidad de conocer los problemas del final de la vida.
- Consideramos que la reflexión filosófica en medicina es importante, sino recordemos a Don José de Letamendi y su famoso pensamiento. Entonces cuando pensamos en la voluntad anticipada, nuestra voluntad, nuestra libertad, nos trae a la memoria a Marco Tulio Cicerón: "Seamos esclavos de las leyes para poder vivir en libertad", lo que nos lleva a buscar el sustento de la voluntad anticipada, que en muchos países se practica, pero con bases legales y hemos encontrado que mediante Ley N 29633, publicado en el Diario Oficial El Peruano el 17/12/2010; vigencia: 18/12/2010, Ley que fortalece la

tutela del incapaz o adulto mayor, toda persona adulta mayor con capacidad plena de ejercicio puede nombrar curador por escritura pública en previsión de ser declarado interdicto en el futuro. Así de manera anticipada la propia persona toma las medidas que considere necesarias en previsión de una incapacidad futura, lo que comprende tanto la administración de sus bienes como su cuidado personal y nadie puede escapar de su futuro, menos de su cita final.

2°. RECOMENDAMOS:

- Estudiar la muerte como parte de la vida

Fundamento:

- El problema de la muerte es un problema de los médicos y del personal de salud y no se le puede desconocer, pues “luchamos contra ella todos los días”. Son los médicos y cirujanos de los servicios de emergencia y cuidados críticos, quienes más a menudo lo afrontamos, por lo tanto es importante aprender, como consolar a un familiar o a una familia que podría tener creencias muy diferentes a las nuestras o si son ateos o agnósticos, por lo tanto no basta en informar la irreversibilidad de las lesiones neurológicas de un enfermo, sino tratar a los “nuevos enfermos”, por esa próxima pérdida.
- Se ha observado que “si la muerte explica la vida, no ocurre lo mismo

a la inversa, y de este modo la muerte permanece como un problema o si se quiere, como una realidad problemática para lo cual no parece encontrarse ninguna fundamentación adecuada”¹³⁶

- Esta negación social de la muerte también se traslada al ámbito médico: la medicina se ha centrado básicamente en eliminar la enfermedad o todas las causas posibles de muerte, a partir de la idea que ésta es en teoría evitable, y que cuando se presenta se vive como un fracaso médico. Se ha observado que “la tendencia de la sociedad actual es esconder y medicalizar la muerte; se prefiere una muerte rápida, súbita, que se produzca cuando uno está durmiendo y sin o con un bajo nivel de conciencia.”¹³⁷
- Varios autores señalan que en la actualidad y en la sociedad occidental, la muerte se vive como algo extraño, imprevisto y que la mayoría de las veces no está presente en los pensamientos cotidianos¹³⁸.

¹³⁶ Ferrater M. El sentido de la muerte. Editorial Sudamericana. Buenos Aires, Argentina; 1947.

¹³⁷ Azulay A. Dilemas bioéticos en situación de enfermedad terminal y en el proceso de morir. Revista Medicina Paliativa. Madrid, España. 7(4):145-146; 2000.

¹³⁸ Bayes R, Limonero J T, Buendía B, Buron E, Enríquez N. Evaluación de la ansiedad ante la muerte. Revista Medicina Paliativa. Madrid, España 6(4):140-143; 1999.

3°. RECOMENDACIÓN:

- Aplicar el principio de caridad
- Este principio tiene bases antropológicas y sustento filosófico que dejamos abierto, para una futura investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbagnano Nicola: Diccionario de Filosofía. Fondo de Cultura Económica. Pág. 909. México 3ra. edic. 1998
- Adorno Roberto. Bioética y dignidad de la persona. Pág. 156. Editorial TECNOS, S.A. 1988 Madrid.
- Ameneiros E, Carballada C, Garrido JA. Limitación del esfuerzo terapéutico en la situación de enfermedad terminal: ¿nos puede ayudar la bioética a la toma de decisiones? Medicina Paliativa 2006;13: 174-8.
- Aso Escario José. Traumatismos Craneales. Aspectos Médico – Legales y Secuelas. 1999. Ed. Masson, S.A.
- Aranguren J.L. Obras completas 2: Ética, Madrid, Trotta 1994, pp. 171 - 195.
- Asti A. Metodología de la investigación científica. Buenos Aires: Editorial Kapelisz; 1968.
- Aso Escario José. Traumatismos Craneales. Aspectos Médico-Legales y Secuelas. 1999. Ed. Masson, S.A.
- Ávila R. Introducción a la metodología de la investigación: la tesis profesional. Lima (Perú): Estudios y Ediciones R. A.; 1997.
- Azulay A. Dilemas bioéticos en situación de enfermedad terminal y en el proceso de morir. Revista Medicina Paliativa. Madrid, España. 7(4):145-146; 2000.
- Bayes R, Limonero J T, Buendía B, Buron E, Enríquez N. Evaluación de la ansiedad ante la muerte. Revista Medicina Paliativa. Madrid, España 6(4):140-143; 1999.
- Bean, J.W., and Becxman, D.L. Centrogenic Pulmonary Pathology In Mechanical Head Injury. 1. Appl. Physiol. 27:807- 812, 1969.
- Brain, R.: The Physiological Basis of Consciousness. Brain 81:426-455, 1958. 23. BREMER, F.: Cerebral hypnogenic centers. Ann. Neurol. 2:1-6, 1977.
- Badia X. La Medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos (En: Sacristan JA, Badia X, Rovira J, eds.), Farmacoeconomía. Evaluación económica de medicamentos. Madrid;

Editores Médicos, 1995; 51 - 76.

- Breeding John. Thomas Szasz: Philosopher of Liberty. Journal of Humanistic Psychology Págs.: 1-16. January 2011.
- Birmayer and Pilleri: La Formación Reticular y sus Relaciones con el Comportamiento Vegetativo-Afectivo. F. Hoffmann - La Roche y CIA., Basilea –Suiza 1967.
- Brodal, A.: The Reticular Formation of the Brain Stem. Anatomical Aspects and Functional Correlations. Oliver and Boyd, Edinburgh, London, 1957.
- Brody, H. Ethical Decisions in Medicine. Boston, Little Brown and Company, 1976. En Gracia Diego, Bioética Clínica. Pág.15. 1ª Edición 1998. Editorial El Búho LTDA, Santa Fe Bogotá, D.C.
- Burgos R, Chiharro J., Bobenrieth M. Metodología de la Investigación y Escritura Científica en Clínica. Andalucía (España):Escuela Andaluza de salud pública; 1994.
- Canales, Alvarado, Pineda: Metodología de la investigación. OPS-OMS. México: Editorial Limusa, S. A.; 1988
- Castaño R. Medicina, ética y reformas a la salud: Hacia un nuevo contrato social con la profesión médica. 2ª Edition ECOE; 2000.
- Carse, James P. La Muerte y Existencia. Una Historia Conceptual de la Mortalidad Humana. Fondo de Cultura Económica. México. 1987.
- Cecire, Blustein And Fleischman: Urban Bioethics. Kennedy Institute of Ethics Journal March 2000:10:1.
- Cordero, Néstor Luis (2009). La invención de la filosofía (2ª edición). Argentina: Biblos. pp. 35.
- Cornejo Chávez, Héctor. Derecho familiar peruano. Gaceta Jurídica. 10ª Edición Lima-Perú 1999. PP. 744.
- Couceiro A. El enfermo terminal y las decisiones en torno al final de la vida, en Ética en cuidados paliativos, Ed. Triacastela, Madrid, 2004:13-267-308.
- Couceiro A. Las directivas anticipadas en España: contenido, límites y aplicaciones clínicas. Rev Calidad Asistencial 2007; 22:213-22.
- Cuer P. Iniciación a la bioética. La salud y los derechos humanos, aspectos éticos y morales. OPS / OMS. Washington, D.C. 20037, E.U.A.1999:574.

- Cummins G. Moral responsibility and respect for autonomy: meeting the communitarian challenge. Kennedy Institute of Ethics. Journal Dec 2000;10:4.
- Crawshaw, R. et al. Patient-Physician covenant. Police Perspectives. JAMA, May 17, 1995, 273 (19):1553.
- D'empaire G. Dilemas en la toma de decisiones en el paciente crítico. Programa regional de bioética para América Latina y el Caribe OPS / OMS Julio 1997; N° 4.
- Drane J. El desafío de la equidad: una perspectiva. Bioética y cuidado de la salud: equidad, calidad, derechos. Programa regional de bioética OPS / OMS; 2000.
- Drane James F. El cuidado del enfermo terminal: Ética clínica y recomendaciones practicas para instituciones de salud y servicios de cuidados domiciliarios. Pág. 73. OPS. 1999. Washington-U.S.A.
- Duran Roja, C. Guías para Manejo de Urgencias. "Atención humana del paciente de urgencias" Cap. XI Fundación Santa Fe de Bogotá.
- Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? In: White KL, editor. The task of medicine: dialogue at Wickenburg. Menlo Park (CA): Henry J. Kaiser Family Foundation; 1988. p. 133 -177.
- Farghnar M., Definitions of quality of life: a taxonomy. J adv Nurs 1995; 22 502-508.
- Ferrer Mayer Víctor. Pautas éticas para una cultura de la vida. Bioética, y Biojurídica: La unidad de la vida. Pág. 21. Ediciones jurídicas UNIFE 2012.
- Ferrater M. El sentido de la muerte. Editorial Sudamericana. Buenos Aires, Argentina; 1947.
- Gascón Abellan Marina. ¿De qué estamos hablando cuando hablamos de eutanasia? Humanitas, Humanidades Médicas - Volumen 1 - Número 1 - Enero-Marzo 2003 22
- Gracia Diego, Profesión Médica, investigación y justicia sanitaria. Pag.78. 1º Edición 1998. Editorial El Búho LTDA, Santa Fe Bogotá, D.C.
- Grenvic, A.; Powner, D. J.; Snyder, J. V., y collaborators: Cessation of therapy in terminal illnes and Brain Death. Crit. Care Med., 6; 284-291, 1978.

- Goldim, J. R. (2009). Revisiting the beginning of bioethics: The contribution of Fritz Jahr (1927). *Perspect Biol Med*, Sum, 377-380.
- Guyatt G, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health related quality of life *Ann Intern Med* 1993; 118:622 - 629.
- Gracia D. Los cambios en la relación médico-enfermo. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 100-2.
- Hans-Martin Sass *Kennedy Institute of Ethics Journal*. Volumen 17, Number 4, December 2007.
- Hass Hans-Martin: *La Bioética: Fundamentos Filosóficos y Aplicación. Bioética, Temas y Perspectivas* Publicación Científica Nº 527. OPS / OMS . Washington, DC, EUA. 1990.
- Harris John: The concept of the person and value of life. *Kennedy Institute of Ethics Journal* Dec 1999:09:4.
- Hernández R. *Metodología de la Investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill/ Interamericana Editores S. A.DE C. V.; 2010
- Henry Sharon y Scalea Thomas M. *Reanimación en el Nuevo Milenio. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, Cuidados Traumatológicos en el Nuevo Milenio*. Volumen 6 / 1999.Ed. McGraw – Hill Interamericana.
- Hernando Lorenzo A. et al. *Soporte Vital y avanzado en Trauma. Plan Nacional de Resucitación Cardio-pulmonar. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias*. 2000. Editorial MASSON, S. A.
- Jennett, W.B. and Plum: The Persistent Vegetative State: A Syndrome in Search of a Name. *Lancet* 1:734- 737, 1972.
- JIMÉNEZ, P. (2000). Cuidados de la autoestima del paciente hospitalizado. *Revista Sociedad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 2, 71-78.
- Kant Inmanuel, *Grudlegung zur Metaphysik der sitten*, tomo IV, Berlin, 1911, Pag. 434.
- Katzman, R., et al. *Basic Neurochemistry*, Ed. 3. Little,Brown and Company, Boston, 1980.
- Laín Entralgo, P. *La relación médico – enfermo, historia y teoría*. Alianza editorial. Madrid, 1983. p. 19.
- León, O. y Montero, I. *Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en Psicología y Educación*. Madrid:

McGraw-Hill. 1993.

- Letarte Peter B. Cuidados Neurotraumatológicos en el nuevo milenio. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, Cuidados Traumatológicos en el Nuevo Milenio. Volumen 6 1999.Ed. McGraw – Hill Interamericana.
- Leguizamo, G. (1987, 20 de setiembre) ¿Qué edad tiene? Novedades, SN-12. México, que ha sido actualizado en otras fuentes en Hernández Sampieri, Roberto, Metodología de la Investigación. pág. 426. 4º Edición. Mc Graw-Hill, Interamericana, 2008.
- Levinson W. Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. JAMA 1994; 272: 1619-20.
- Lolas, F. (2008). Bioethics and animal research: A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr. Biol. Res., Santiago, 41(1), 119-123.
- Lolas F, Quezada A, Rodríguez E. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Investigación en Salud. Dimensión Ética. Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile; 2006. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; pp. 307–10.
- López Aspitarte E. Libertad de Investigación: problemas éticos, en la J. Gafo (ed.) Fundamentación de la bioética y manipulación genética. UPCM, Madrid 1988, Pág. 195-21, 12.
- Lugones M. La información al paciente grave y en estado terminal en la educación médica. Rev Cub Educ Med Super 2002;16:189-1959.
- Mainetty J.: calidad de la atención de la salud y los derechos del paciente: entre la evidencia y la autonomía. Bioética y cuidado de la salud: equidad, calidad, derechos. Programa Regional de Bioética OPS / OMS. 2000.
- McCullough L. Laying Medicine open: Understanding mayor turning points in the history of medical ethics. Kennedy Institute of Ethics Journal. Volume. March 1999:09:1.
- Mainetty J.: calidad de la atención de la salud y los derechos del paciente: entre la evidencia y la autonomía. Bioética y cuidado de la salud: equidad, calidad, derechos. Programa Regional de Bioética OPS / OMS. 2000.
- Maguire, Peter, Pitceathly, Carolyn Key communication skills and how to acquire them:, BMJ: British Medical Journal, 9/28/2002, Vol. 325, Issue 7366 p697, 4p.
- Mejía E. La investigación científica. Lima (Perú): Cenit Editores; 2001

- Merino J. Dimensiones socioculturales de la modernización. Folleto Universidad de Concepción, Chile; 1987.
- Miranda Canales Manuel: Responsabilidad Civil por Prestación Médico Asistencial. Curso Taller: Derechos de los usuarios y el acto médico. U.P.C.H. Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. Edición de circulación restringida. 2000
- Montano Pedro. Eutanasia y omisión de asistencia, Facultad de derecho, Universidad de la República, Montevideo, 1994.
- Mormontoy W. Elaboración del protocolo de investigación en ciencias de la salud, de la conducta y áreas afines. Lima (Perú): 2º Ed. Boheringer Ingel eim; 1994
- McCullough Laurence B. Laying Medicine Open: Understanding Mayor Turning Points in the History of Medical Ethics. Kennedy Institute of Ethics Journal. Volume. 09 Number I. March 1999.
- Norman G, Streiner D. Bioestadística. España: Ediciones Harcourt, S.A.
- Osborn, Anne G.: Neurorradiología Diagnostica. Mosby-Doyma 1996
- Optimum care for hopelessly ill patients. A report of the Mass. General Hospital. N. Eng. J. Med., 295: 362-364, 1976.
- Parse R, Coyne A, SMITH M. (1985). Nursing research: qualitative methods. Maryland, Communications Co.
- Plum, F., and Swanson, A.G. Central Neurogenic Hyperventilation in Man. Arch. Neurol. Psychiatry 81:535-549, 1959
- Polit-Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Editorial Interamericana, S. A. México. 1987
- Puma Romero, Manuel: Contribución de la Tomografía Computarizada en el Diagnóstico de las Lesiones Vasculares. Tesis de Maestro en Medicina. U.P.C.H. Lima-Perú. 1986.
- Puma Romero, Manuel: Estudio Correlativo de la Tomografía Computarizada y la Anatomía Patológica de los Tumores Intracraneales y Control Tomográfico del Tratamiento Neuroquirúrgico. Tesis de Doctor en Medicina. U.N.M.S.M. Lima - Perú. 1987.
- Puma Romero, Manuel: Las Teorías del Dolor en la Relación Mente-Cuerpo. Tesis de Doctor en Filosofía. U.N.M.S.M. Lima – Perú. 2013.
- Prochaska JO, Di Clemente CC Informe de la Conferencia

Internacional de Ottawa sobre Promoción de la Salud. Ginebra: OMS. (1992).

- Ragas J. Manual de estadística. Lima (Perú): Manuales y Prontuarios técnicos; 1983.
- Rao-Williams-Lee-Sherman. Resonancia Magnética y Tomografía Computarizada. Editorial Marban. 1994.
- Reich, W, Encyclopedia of Bioethics, Schuster, New York 1978.
- Rigelman R, Hirsch R. Como estudiar un estudio y probar una prueba: lectura crítica de la literatura médica. Boston (USA): OPS; 1995. 531.
- Sierra R. Tesis Doctorales y Trabajos de Investigación Científica. Madrid: Editorial Paraninfo, S. A., 1986
- Tamayo J., Gonzales M. Fundamentos de la investigación científica en los servicios médicos. Lima (Perú): Facultad de Medicina U.N.M.S.M.; 1993
- Sass, H. M. (2007). Fritz Jahr's 1927 concept of bioethics. Kennedy Inst Ethics J, 17(4), Dec, 279-295.
- Sierra R. Tesis doctorales y trabajos de investigación científica. Madrid (España): Editorial Paraninfo; 1986.
- Smith DH. Ethics in the doctor patient relationship. En Kathryn A, Koch guest, ed. Medical ethics. Critical Care Clinics. Philadelphia: Saunders Company, 1966; 179 - 197.
- Stewart M.A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ. 1995 May 1;152(9):1423-33.
- Tagge, G. F; Alder, D; Bryan-Brown, E. W., y collaborators: Relationship of therapy to prognosis in critically ill patients. Crit. Care Med., 2: 61-63, 1974.
- Torres B. Metodología de la Investigación Científica. Lima (Perú). 1995 Uculmana CH., Lanchipa A. Cómo hacer tesis y trabajos de investigación. 1º Ed. Lima (Perú): Impresión Donato Vargas; 2000.
- Thomasma, D.C. "Training in Medical Ethics: An Ethical Workup". Forum in Medicine 1978: 1:33-36. . En Gracia Diego, Bioética Clínica. Pag.15. 1º Edición 1998. Editorial El Búho LTDA, Santa Fe Bogotá, D.C.
- Travers DA, Waller AE, Bowling JM, Flowers D, Tintinalli J. Five-level triage more effective than three-level in tertiary emergency

department. J Emerg Nurs 2002; 28: 395-400.

- Tudela P, Módol JM. Urgencias hospitalarias. Med Clin (Barc) 2003; 120: 711-716.
- Van Dalen, Meyer. Manual de técnica de investigación educacional. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1971.
- Vincent JL. With holding and withdrawing. En: Tinker J. Browne DRG, Sibbald WJ, eds. Critical Care: Standards, Audits and Ethics. Londres, Arnold Press, 1996; 344 - 349.
- Wayne W. Daniel estadística e investigación. Mexico: Editorial Limusa Wiley; 2007.
- Willson, A. The Human Effect in Medicine: Theory, Research and Practice. Journal of Medical Ethics; London; Dec 2001.
- Whitney F. Elementos de investigación. Barcelona: Ediciones Omega, S. A.; 1970.
- Wuerz RC, Fernandez CM, Alarcon J. Inconsistency of Emergency department triage. Ann Emerg Med 1998; 32: 431-435.
- Wuerz RC, Travers D, Gilboy N, Eitel DR, Rosenau A, Yazhari R. Implementation and refinement of the Emergency Severity Index. Acad Emerg Med 2001; 8: 170-176.
- Zuniga Fajuri, Alejandra. Derechos del paciente y eutanasia en Chile. Rev. Derecho (Valdivia), Valdivia, v. 21, n. 2, dic. 2008.

ANEXO

Glosario

Área de Emergencia.- Es aquel ambiente dependiente de un Centro Hospitalario, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata. De acuerdo a su Nivel de Complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños.

Autonomía: deber de respetar la autodeterminación del paciente.

Beneficencia: Se refiere a la obligación moral de obrar para beneficiar a los demás.

Conciencia: cognición del yo y del medio.

Coma: alteración o falta de respuesta a estímulos externos o internos.

Competencia: capacidad de tomar decisiones clínicas.

Consentimiento informado: aceptación de una intervención médica por un paciente, en forma libre, voluntaria y

consciente.

Cuidados Paliativos: Definición: “las atenciones, cuidados y tratamientos médicos y tratamientos farmacológicos, se dan a los enfermos en fase avanzada y enfermedad terminal con el objetivo de mejorar su calidad de vida y conseguir que el enfermo esté sin dolor”.

Daño.- Compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el Servicio de Emergencia se clasifican de acuerdo a su prioridad:

- Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita Extrema
- Prioridad II Urgencia Mayor
- Prioridad III Urgencia Menor
- Prioridad IV Patología Aguda Común.

Distanasia: Conocida como encarnizamiento o ensañamiento terapéutico.

Es el empleo de todos los medios posibles, sean proporcionados o no, para retrasar el advenimiento de la muerte, a pesar de que no haya esperanza alguna de curación.

Dignidad: o “cualidad de digno”, deriva del adjetivo latino ‘digno’ y se traduce por “valioso”. Hace referencia al valor inherente al ser humano en cuanto ser racional, dotado de libertad y poder creador, pues las personas pueden modelar y mejorar sus vidas mediante la toma de decisiones y el ejercicio de su libertad.

Eutanasia: muerte intencional por motivos de compasión. La palabra deriva del griego que significa 'buen morir'.

- Asociación Médica Mundial (AMM): “la realización en forma intencional y con conocimiento de un acto con la clara intención de poner término a la vida de otra persona.
- Organización Mundial de la Salud (OMS): “darle muerte intencionalmente aquellos quienes han expresado el deseo competente y libre de ser asesinados”

La eutanasia tiene por finalidad evitar sufrimientos insoportables o la prolongación artificial de la vida de un enfermo. La eutanasia se puede realizar con o sin el consentimiento del enfermo.

Estado vegetativo permanente: síndrome de etiología diversa, reservado para designar la destrucción irreversible de la corteza cerebral con preservación del tallo cerebral.

Individuo: ser concreto, indivisible en sí y separado de los demás.

Justicia: lo que es debido a las personas, con aquello que de alguna manera les pertenece o les corresponde.

LET: limitación del esfuerzo terapéutico.

Muerte cerebral: Daño irreversible de todo el cerebro, incluidas las estructuras centro-encefálicas.

No maleficencia: la obligación de no hacer daño intencionalmente.

NR: no reanimar.

ORN: orden de no reanimar

Ortotanasia: o muerte digna, designa la actuación correcta ante la muerte
Por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad.

Paternalismo: búsqueda del bien de una persona desde un nivel de preeminencia que permite prescindir la opinión de esa otra persona.

PCR: Paro cardiorrespiratorio

Persona: papel de cada ser humano representa en la sociedad.

RCPC: Reanimación cardiopulmonar cerebral.

Situación de Emergencia.- Alteración súbita y fortuita, que de no ser atendida de manera inmediata, pone a una persona en grave riesgo de perder la vida, puede conducir a la muerte o dejar secuelas invalidantes. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.

Subrogar: sustituir o poner una persona o cosa en lugar de otra.

Tanatología: Definición: “la tanatología es una disciplina integral que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos, aplicando el método científico o técnicas forenses, tratando de resolver y enfrentar las situaciones conflictivas que suceden en torno a ella, desde distintos ámbitos del saber, como son la medicina, la psicología, la antropología física, la religión y el derecho”.

Urgencia vital: se entiende que la vida del paciente corre riesgo o bien la posibilidad que se produzca una secuela funcional de gravedad.

Urgencia percibida: aquella en la cual se percibe una urgencia pero que no es vital, es decir, no hay riesgo de vida.

Urgencia relativa, que en este caso los especialistas concuerdan en que sí se trata de una urgencia que precisa una atención con

carácter de preferente y urgente.

Voluntad anticipada: Definición: “Es la decisión personal de ser sometido o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar la vida cuando se encuentre en etapa terminal y por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona”.